

平成 25 年度 老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

**かかりつけ医および一般病院の医療従事者の
認知症対応力向上研修に関する研究事業
報告書**

平成 26 年 3 月

株式会社ニッセイ基礎研究所

まえがき

昨年度策定された「認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）」には、数々の仕組み作りの試みとともに、それらを支える医療職・介護職の育成・質の向上が掲げられている。それは単に、認知症医療や認知症ケアにかかる知識・技術をレベルアップだけを意味するのではなく、むしろ、認知症の人に対してそれぞれが専門職としての役割を果たす前提としての“対応力を向上させること”にあると言ってよいであろう。

かかりつけ医認知症対応力向上研修が展開されて7年が経過し、同研修の修了者の先生方も着実に増加しているが、認知症高齢者はそれ以上に増加を続けており、かかりつけ医による早期発見・早期対応が普遍的なものとなるには必ずしも十分とは言えない状況にある。また他方で、急性期の医療を担う一般病院を中心に、病院勤務の医療従事者の認知症の人への対応は旧態依然の消極的なものである場合が多く、その速やかな改善が喫緊の課題とも言われている。

本研究事業では、ともにオレンジプランの担い手として重要な位置付けである、かかりつけ医、病院勤務の医療従事者への認知症対応力の向上を目的に、これまでの取り組みを踏まえつつ、それぞれの今日的な役割に立ち返った研修教材作りを行った。かかりつけ医認知症対応力向上研修では、これまでのカリキュラムをスリム化するとともに、多職種連携等の中でかかりつけ医に期待される役割を意識した教材改訂とした。また、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修は、昨年度検討された教材のブラッシュアップを行うとともに、着実な研修実施、修了者拡大のための実施方法の検討を重ねた。

同じ目的ではあるものの、対象者の異なる研修について、一事業内で並行的に検討・作業する困難もあったが、かかりつけ医および病院勤務の医療従事者それぞれに対する認知症対応力向上研修について、一定水準の教材ならびに実施方法の道筋を示すことができたと考ええる。

その事業成果として本報告書ならびに研修教材を提供するに至ったが、それらが都道府県・指定都市によって、また、地域医師会をはじめとする職能団体等の協力を得ながら、広く活用され、実効性ある研修が行われることを希望する。

平成 25 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業

かかりつけ医研修研究班

委員長 鷲見 幸彦

病院勤務の医療従事者研修研究班

委員長 遠藤 英俊

目次

I 事業概要	1
1. 事業目的	1
2. 事業内容	1
II かかりつけ医認知症対応力向上研修 研修班	5
1. カリキュラム見直しとスライド改訂	5
2. 映像(DVD)教材の改訂	18
III 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 研修班	21
1. 講師養成のための伝達講習会	21
2. カリキュラム・スライドの見直し	29
3. 研修実施形態等の検討	35
IV 研修テキスト（PPT スライド）	39
i かかりつけ医認知症対応力向上研修	39
ii 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	59

付属 DVD・CD

- DVD かかりつけ医認知症対応力研修 DVD（6 編 + 付録）
 認知症サポート医研修 DVD
- CD i かかりつけ医認知症対応力向上研修（テキスト PDF・投影用 PPT）
 ii 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修（テキスト PDF・投影用 PPT）
 iii 認知症サポート医養成研修（テキスト PDF・投影用 PPT）

I 事業概要

1 事業目的

昨年度、厚生労働省より示された「今後の認知症施策の方向性について」および「認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）」では、地域包括ケアシステムの充実を下支えするものとして、「早期発見・早期対応（1）」を担うかかりつけ医の役割、また、「医療サービスを担う人材（7）」としての一般病院の医療従事者の役割の重要性が強調され、それらの認知症対応力の一層の向上は優先性の高い課題となっている。事業では、都道府県事業として定着している「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の教材について、今日的な要請に応えるべくカリキュラムにさかのぼった教材のリニューアルを行う。

また、昨年度の老人保健健康増進等事業において検討された「一般病院の医療従事者に対する認知症対応力向上研修」の教材の充実化、および同研修をより効果的・効率的に実施するための研修方法の継続検討を行うことを目的とする。

2 事業内容

上記の事業目的を達成するために、①かかりつけ医認知症対応力向上研修を担当する研究班（A 班）、および、病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修を担当する研究班（B 班）を組成、②A 班による、かかりつけ医研修のカリキュラム見直し、それに合わせたスライド等教材の改訂、③B 班による、病院勤務の医療従事者研修の教材の見直し、都道府県による集合研修のための講師養成伝達講習会の実施、職能団体による広域を対象とした衛星研修の試行を行った。

2-1 研究班の組成

前年度の認知症サポート医のテキスト改訂、看護研修の教材作成について担当したワーキング委員会を引き継ぐ形で、関係団体、有識者等による研究班を組成し、それぞれにかかりつけ医研修の見直し、病院勤務の医療従事者研修の教材改訂・検討を行った。

各研究班の構成と、それぞれの開催経過（日程と主な議事）は以下の通りである。

2-2 研究班構成

[かかりつけ医研修研究班(A班)]

(50音順、敬称略、○は委員長)

氏名	所属
高杉 敬久	公益社団法人 日本医師会 常任理事
館石 宗隆	札幌市保健福祉局 医務監
野中 博	公益社団法人 東京都医師会 会長
本間 昭	社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター センター長
森竹 津四志	千葉県健康福祉部 副参事
○ 鷲見 幸彦	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 脳機能診療部長

[病院勤務の医療従事者研修研究班(B班)]

(50音順、敬称略、○は委員長)

氏名	所属
○ 遠藤 英俊	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長
齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
島橋 誠	公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校 主任教員
梶本 まどか	滋賀県医療福祉推進課 課長補佐
高杉 敬久	公益社団法人 日本医師会 常任理事 (H25.11～)
高原 昭	三木市立三木市民病院 (～H25.12) 北播磨総合医療センター 看護キャリア開発支援室 副課長 (H26.1～)
丸山 泉	公益社団法人 全日本病院協会 常任理事
三上 裕司	社団法人 日本医師会 常任理事 (～H25.10)

〈オブザーバー〉 厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室

〈事務局〉 株式会社 ニッセイ基礎研究所 (実施主体)

2-3 研究班会議開催概要

各研究班会議の概要・経過について、以下、開催日時順に示す。

[かかりつけ医研修研究班]

第1回 研究班会議

- 日時 平成 25 年 8 月 23 日（金）
- 議事 1 平成 25 年度事業計画について
- ・認知症地域医療支援事業について
 - ・全体方針とスケジュール
- 2 新カリキュラム・教材
- ・カリキュラムの再編について
 - ・研修教材の修正・新規制作について

第2回 研究班会議

- 日時 平成 25 年 11 月 15 日（金）
- 議事 1 第1回班会議以降の作業経過報告
- 2 スライド再編について
- 3 DVD 教材の再編について
- ・全体構成案
 - ・新作 2 編の構成案について

第3回 研究班会議（最終）

- 日時 平成 26 年 3 月 17 日（月）
- 議事 1 かかりつけ医研修テキスト（スライド・解説）の確認
- 2 新作 DVD 教材（第1、第6）の確認
- 3 25 年度事業報告書について

[病院勤務の医療従事者研修研究班]

事前 テキスト作業班会議

- 日時 平成 25 年 7 月 12 日（金）
- 議事 1 平成 25 年度事業の現状説明（準備状況等）
- 2 8/9 衛星通信研修の準備について

第1回 研究班会議

日時 平成25年11月15日(金)

- 議事
- 1 研修の位置付け(認知症地域医療支援事業)
 - 2 平成25年度事業計画案について
 - ・事業計画案
 - ・8/9 衛星通信研修(報告)、9/1 伝達講習会について
 - 3 研修の実施方法と教材について
 - ・研修形態(集合・病院単位・衛星通信)の検討
 - ・研修内容(講義スライド・演習素材)について

第2回 研究班会議

日時 平成26年1月7日(火)

- 議事
- 1 伝達講習会について(報告)
 - 2 研修教材の改訂について
 - ・講義用スライドの改訂
 - ・演習の取扱い
 - 3 その他の検討事項について
 - ・研修実施方法(形態)および修了者の取扱い等の整理

第3回 研究班会議(最終)

日時 平成26年3月3日(月)

- 議事
- 1 研修教材案の検討・確認
 - ・講義スライドの確認および解説執筆の分担
 - ・演習用スライドの確認等
 - 2 研修実施について
 - ・平成25年度の実施状況
 - ・平成26年度以降(研修運営、修了者管理等)

II かかりつけ医認知症対応力向上研修 研究班（A 班）

1 カリキュラム見直しとスライド改訂

1-1 標準カリキュラムの見直し

これまで、「かかりつけ医認知症対応力向上研修」と「認知症サポート医養成研修」はほぼ同一の教材を使用してきたが、修了者であるそれぞれの医師に求められる役割の違いが、それぞれの研修講義において必ずしも十分に整理されてこなかった。

そこで、昨年度、まず、認知症サポート医養成研修の研修教材について、認知症サポート医の役割・機能に立ち返ったカリキュラムの見直しを実施し、本年度は、教材の切り離しを前提として、認知症診療において求められる今日的なかかりつけ医の役割（知識および対応力のレベル感）を踏まえて、カリキュラムの再編とスライドの改訂を行った。

なお、カリキュラムの再編では、かかりつけ医を含めて実施されている多職種研修等との重複解消や受講し易さにも配慮し、現行の標準的なカリキュラムにおける所要時間を短縮する構成とした。

図表 1-1 標準カリキュラムの見直し案（対照表）

	現行版（250 分）	見直し案（210 分）
構成	4 編 1 基本知識（60） 2 診断（60） 3 治療とケア（60） 4 連携（70）	3 編 1 かかりつけ医の役割（30） 2 診断・治療（90） 3 ケア・連携（90）
主な内容	1) 基本知識：60 分 ・認知症医療の課題、研修の目的 ・認知症の特徴 ・原因疾患別の診断基準、画像等（AD、VD、DLB、FTD）	I かかりつけ医の役割（30 分） ⇒ 認知症支援体制におけるかかりつけ医の役割を理解する ・認知症医療の課題、研修の目的、施策の方向性 ・かかりつけ医の役割（DVD）、早期発見・早期対応の意義
	2) 診断：60 分 ・発見のポイント、アセスメント ・問診、所見の見方 ・鑑別診断（検査、画像など）	II 診断・治療（90 分） ⇒ 初期対応を担うかかりつけ医としての診断・治療の基本的な知識を理解・習得する ・認知症の特徴（一般症状、間違えられやすい状態、BPSD） ・原因疾患別の診断基準、画像等（AD、VD、DLB、FTD） ・発見のポイント、アセスメント ・問診、所見の見方、鑑別診断（検査、画像など） ・薬物療法（薬剤の解説、注意点、薬物ガイドライン）
	3) 治療とケア：60 分 ・告知、本人・家族への支援 ・薬物療法（薬剤の解説など） ・行動・心理症状(BPSD)への対応	III ケア・連携（90 分） ⇒ 多職種連携の当事者としてのかかりつけ医に必要なケアの知識と前提となる制度・支援体制の仕組みを理解する ・告知、本人・家族への支援 ・行動・心理症状（BPSD）への対応 ・認知症高齢者医療体制（医療連携基盤）、ケアの基本 ・介護サービス、主治医意見書、担当者会議・連携（DVD） ・若年認知症への支援、成年後見制度、地域啓発
	4) 連携：70 分 ・認知症医療体制、ケアの基本 ・介護制度、意見書、担当者会議 ・若年認知症支援、成年後見等	

1-2 スライドの改訂

従来の4編構成から、「かかりつけ医の役割」、「診断と治療」、「連携と制度」の3編構成にすることに伴って、認知症対応力向上という研修の目的に対して、意義→医療面→ケア・介護面という流れに沿ってスライドの再配置・改訂を行った。

①現行スライドの再配置

昨年度、かかりつけ医研修の全スライドについて、“研修開催の実情に応じて短縮化する際の目安を提供する”観点から、3段階（○必須、▲できる限り残す、×カットしても可）評価を行った。スライドの再配置にあたっては、この評価をベースに枚数を減らしながら、従来の4編にまたがっていたスライド群を「医療面」「ケア・介護面」に振り分けていった。

なお、図表1-2は、最終の振り分け結果ではなく、検討段階の研究班会議資料で示した素案である。各編の名称もその時点のものとなっている。

図表 1-2 新カリキュラムへの現行スライドの振り分け案（検討段階資料より）

基本知識 編

I かかりつけ医の役割編（30分）

基本知識編	ねらいと到達目標	H24 評価		原稿スライドの単純再整理（新規項目追加前）
1	早期発見・早期対応の意義	○	役割 1	早期発見・早期対応の意義
2	【ビデオ①】かかりつけ医認知症対応力向上研修の目的		役割 2	【ビデオ①】かかりつけ医認知症対応力向上研修の目的
3	認知症の診断基準(DSM)	○	役割 3	認知症の診断基準 (DSM)
4	認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)	○	役割 4	認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)
5	家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化	○	役割 5	家族が最初に気づいた認知症高齢者の日常生活の変化
6	認知症を呈する主要な疾患	○	役割 6	認知症を呈する主要な疾患
7	認知症の経過と必要な医療	▲		
8	MCI	○	役割 7	M C I
9	認知症と間違えられやすい状態	▲		
10	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ	○	役割 8	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ
11	【ビデオ②】認知症と間違いやすい症状		役割 9	【ビデオ②】認知症と間違いやすい症状
12	うつとアルツハイマー型認知症の臨床的特徴	○	役割 10	うつとアルツハイマー型認知症の臨床的特徴
13	せん妄と認知症の臨床的特徴	○	役割 11	せん妄と認知症の臨床的特徴
14	せん妄の原因	○	役割 12	せん妄の原因
15	せん妄の原因となる主要な薬剤	○	役割 13	せん妄の原因となる主要な薬剤

診断 編

Ⅱ 診断・治療編 (90 分)

16	アルツハイマー型認知症の診断基準(DSM-IV-TR)	○	診・治 1	アルツハイマー型認知症の診断基準 (DSM-IV-TR)
17	アルツハイマー型認知症の症例	○	診・治 2	アルツハイマー型認知症の症例
18	アルツハイマー型認知症のMRI	○	診・治 3	アルツハイマー型認知症のMRI
19	アルツハイマー型認知症のSPECT	▲		
20	アルツハイマー型認知症の病態(アミロイド仮説)	▲		
21	NINDS-AIRENによる血管性認知症の診断基準	○	診・治 4	NINDS-AIREN による血管性認知症の診断基準
22	血管性認知症の症例	▲		
23	血管性認知症の画像	○	診・治 5	血管性認知症の画像
24	レビー小体型認知症	○	診・治 6	レビー小体型認知症
25	レビー小体型認知症の診断基準①	○	診・治 7	レビー小体型認知症の診断基準①
26	レビー小体型認知症の診断基準②	○	診・治 8	レビー小体型認知症の診断基準②
27	レビー小体型認知症の症例	○	診・治 9	レビー小体型認知症の症例
28	レビー小体型認知症の画像	○	診・治 10	レビー小体型認知症の画像
29	前頭側頭葉変性症	○	診・治 11	前頭側頭葉変性症
30	前頭側頭型認知症の特徴	▲		
31	前頭側頭型認知症の症例①	▲		
32	前頭側頭型認知症の症例②	▲		
33	前頭側頭型認知症のMRI画像	○	診・治 12	前頭側頭型認知症のMRI画像

診断 編

診断編	ねらいと到達目標			原稿スライドの単純再整理 (新規項目追加前)
1	【ビデオ③】 認知症初期の発見のポイント		診・治 13	【ビデオ③】 認知症初期の発見のポイント
2	認知症初期の発見のポイント	○	診・治 14	認知症初期の発見のポイント
3	認知症の中核症状と行動・心理症状(BPSD)	▲		
4	中核症状のアセスメント:本人と家族からの情報	○	診・治 15	中核症状のアセスメント:本人と家族からの情報
5	記憶障害のアセスメント	○	診・治 16	記憶障害のアセスメント
6	見当識障害のアセスメント	○	診・治 17	見当識障害のアセスメント
7	判断・実行機能障害のアセスメント	○	診・治 18	判断・実行機能障害のアセスメント
8	ADLのアセスメント	▲		
9	IADLのアセスメント	▲		
10	FASTによるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント	○	診・治 19	FAST によるアルツハイマー型認知症の重症度のアセスメント
11	外来時の対応	○	診・治 20	外来時の対応
12	認知症診断の問診の方法	○	診・治 21	認知症診断の問診の方法
13	【ビデオ④】 認知症の問診とアセスメント		診・治 22	【ビデオ④】 認知症の問診とアセスメント
14	認知症の中核症状のアセスメント 質問式と観察式のポイント	▲		
15	改訂長谷川式簡易知能評価スケールの項目	▲		
16	ミニメンタルステート検査の項目	▲		
17	原因疾患同定の手順	×		
18	鑑別診断に必要な一般身体所見	○	診・治 23	鑑別診断に必要な一般身体所見
19	【ビデオ⑤】 神経学的所見の具体的なみかた		診・治 24	【ビデオ⑤】 神経学的所見の具体的なみかた
20	認知症鑑別に役立つ簡単な神経学的所見の見方	▲		
21	しゃべり方に注目	▲		
22	手足の動きに注目	▲		
23	歩き方に注目	▲		
24	簡単な高次神経機能の見方①	×		
25	簡単な高次神経機能の見方②	×		
26	簡単な高次神経機能の見方③	×		
27	必要な検査とは	▲		
28	可逆性の認知症とその鑑別法	▲		
29	画像診断の目的	○	診・治 25	画像診断の目的
30	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント	○	診・治 26	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント
31	認知症各病型の典型的なSPECTパターン	▲		

治療とケア 編

治療とケア編 ねらいと到達目標			原稿スライドの単純再整理（新規項目追加前）
1 認知症の病気の説明(告知)	○		(ケア・連携編に移行)
2 法律家からみた告知の考え方	○		(ケア・連携編に移行)
3 75歳以上の運転者の免許更新手続等の流れ	○		(ケア・連携編に移行)
4 認知症の人に接するときの視点	○		(ケア・連携編に移行)
5 【ビデオ⑥】認知症の治療とケア			(ケア・連携編に移行)
6 認知症の人への支援	○		(ケア・連携編に移行)
7 家族への支援	○		(ケア・連携編に移行)
8 認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階	▲		
9 アルツハイマー型認知症の薬物療法	▲		
10 臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果	○	診・治 26	臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果
11 コリンエステラーゼ阻害薬の特徴	○	診・治 27	コリンエステラーゼ阻害薬の特徴
12 アセチルコリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点	○	診・治 28	アセチルコリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点
13 メマンチンの特徴	○	診・治 29	メマンチンの特徴
14 メマンチンの副作用	○	診・治 30	メマンチンの副作用
15 投薬に際して注意すべきこと	○	診・治 31	投薬に際して注意すべきこと
16 治療の効果を本人や家族にどのように説明するか	▲		
17 何をもって薬剤の効果判定を行うか	▲		
18 再軽症例の治療開始時期について	▲		
19 血管性認知症の注意点	○	診・治 32	血管性認知症の注意点
20 レビー小体型認知症の注意点	○	診・治 33	レビー小体型認知症の注意点
21 前頭側頭型認知症の注意点	▲		
22 行動・心理症状の対応	○	診・治 34	行動・心理症状の対応
23 認知症の症状に関連する要因	○	診・治 35	認知症の症状に関連する要因
24 もの盗られ妄想への対応	▲		
25 昼夜逆転のあるケースへの対応	×		
26 不適切なケアがみられたケースへの対応	×		
27 薬の副作用による認知症様症状	×		
28 行動・心理症状に対する薬物療法	○	診・治 36	行動・心理症状に対する薬物療法
29 アルツハイマー型認知症に対する非薬物療法のエビデンス	▲		
30 認知症短期集中リハビリテーション	×		
31 認知症の危険因子	▲		
32 外来フォローのときの注意点①	○	診・治 37	外来フォローのときの注意点①
33 外来フォローのときの注意点②	○	診・治 38	外来フォローのときの注意点②

34	認知症の病気の説明(告知)	○	ケ・連 1	認知症の病気の説明(告知)
35	法律家からみた告知の考え方	○	ケ・連 2	法律家からみた告知の考え方
36	75歳以上の運転者の免許更新手続等の流れ	○	ケ・連 3	75歳以上の運転者の免許更新手続等の流れ
37	認知症の人に接するときの視点	○	ケ・連 4	認知症の人に接するときの視点
38	【ビデオ⑥】認知症の治療とケア		ケ・連 5	【ビデオ⑥】認知症の治療とケア
39	認知症の人への支援	○	ケ・連 6	認知症の人への支援
40	家族への支援	○	ケ・連 7	家族への支援
41	認知症の人の介護者・家族の受け入れ段階	▲		
42	アルツハイマー型認知症の薬物療法	▲		

連携 編

連携編 ねらいと到達目標				原稿スライドの単純再整理(新規項目追加前)
1	認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)の将来推計	○	ケ・連 8	認知症高齢者(自立度Ⅱ以上)の将来推計
2	認知症高齢者の日常生活自立度	○	ケ・連 9	認知症高齢者の日常生活自立度
3	かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制	○	ケ・連 10	かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制
4	認知症高齢者ケアの基本	○	ケ・連 11	認知症高齢者ケアの基本
5	日常生活圏域を基本としたサービス体系の構築	○	ケ・連 12	日常生活圏域を基本としたサービス体系の構築
6	認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式	▲		
7	【ビデオ⑦】認知症の支援体制		ケ・連 13	【ビデオ⑦】認知症の支援体制
8	地域の情報	×		
9	相談窓口	○	ケ・連 14	相談窓口
10	地域包括ケアシステムについて	○	ケ・連 15	地域包括ケアシステムについて
11	認知症の人への支援体制	○	ケ・連 16	認知症の人への支援体制
12	介護保険の給付対象サービス	○	ケ・連 17	介護保険の給付対象サービス
13	地域密着型サービスの特徴	○	ケ・連 18	地域密着型サービスの特徴
14	地域密着型サービス	○	ケ・連 19	地域密着型サービス
15	小規模多機能居宅介護	○	ケ・連 21	小規模多機能居宅介護
16	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	○	ケ・連 22	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
17	複合型サービス	○	ケ・連 23	複合型サービス
18	介護予防サービス	○	ケ・連 24	介護予防サービス
19	介護予防・日常生活支援総合事業	○	ケ・連 25	介護予防・日常生活支援総合事業
20	要支援・要介護認定	○	ケ・連 26	要支援・要介護認定
21	主治医意見書の役割	○	ケ・連 27	主治医意見書の役割
22	認知症症例の意見書の書き方①	○	ケ・連 28	認知症症例の意見書の書き方①
23	認知症症例の意見書の書き方②	○	ケ・連 29	認知症症例の意見書の書き方②
24	認知症自立度の判断	○	ケ・連 30	認知症自立度の判断
25	【ビデオ⑧】サービス担当者会議の実際		ケ・連 31	【ビデオ⑧】サービス担当者会議の実際
26	サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割	○	ケ・連 32	サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割
27	ケアマネジャーとの協働	○	ケ・連 33	ケアマネジャーとの協働
28	ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	○	ケ・連 34	ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと
29	認知症の人に対する訪問看護の役割	○	ケ・連 35	認知症の人に対する訪問看護の役割
30	かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携	○	ケ・連 36	かかりつけ医・サポート医と地域包括支援センターの連携
31	地域包括支援センター	○	ケ・連 37	地域包括支援センター
32	地域連携体制構築の方法(1)	×		
33	地域連携体制構築の方法(2)	×		
34	専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報	○	ケ・連 38	専門医がかかりつけ医に望む認知症の人の情報
35	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度①	○	ケ・連 39	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度①
36	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度②	○	ケ・連 40	若年性認知症の人が利用できる主な支援制度②
37	認知症と成年後見制度	○	ケ・連 41	認知症と成年後見制度
38	成年後見制度	○	ケ・連 42	成年後見制度
39	成年後見制度の特徴	○	ケ・連 43	成年後見制度の特徴
40	成年後見制度の利用概況	▲		
41	日常生活自立支援事業	○	ケ・連 44	日常生活自立支援事業
42	高齢者虐待の現状	○	ケ・連 45	高齢者虐待の現状
43	高齢者虐待防止における医師の役割	○	ケ・連 46	高齢者虐待防止における医師の役割
44	認知症サポーター100万人キャラバン	○	ケ・連 47	認知症サポーター100万人キャラバン
45	地域啓発のポイント	○	ケ・連 48	地域啓発のポイント

②追加スライドの検討

また、これまで研修の実施主体である都道府県等にあった意見や、かかりつけ医が直面する連携現場の状況などに鑑み、新たに加えるべきスライド等についても、要否やスライドの内容について、検討を行った（なお、実際のスライド作成段階において取り入れられなかった項目もある）。

図表 1-3 追加すべきスライドの検討案

再編のたたき台（資料 3-1）	追加スライド（項目）の案
<p>I かかりつけ医の役割（30分）</p> <p>⇒ 認知症支援体制におけるかかりつけ医の役割を理解する</p> <p>・認知症医療の課題、研修の目的、施策の方向性 ・かかりつけ医の役割(DVD)、早期発見・早期対応の意義</p>	<p>○認知症施策の方向性について</p> <p>○オレンジプラン(かかりつけ医に関するもの)</p> <p>○認知症高齢者の推計</p> <p>○地域支援事業(要支援者との関係)</p> <p>など</p>
<p>II 診断・治療（90分）</p> <p>⇒ 初期対応を担うかかりつけ医としての診断・治療の基本的な知識を理解・習得する</p> <p>・認知症の特徴(一般症状、間違えられやすい状態、BPSD) ・原因疾患別の診断基準、画像等(AD、VD、DLB、FTD) ・発見のポイント、アセスメント ・問診、所見の見方、鑑別診断(検査、画像など) ・薬物療法(薬剤の解説、注意点、薬物ガイドライン)</p>	<p>○眼科、耳鼻科、皮膚科医等向け</p> <p>・継続診療のために</p> <p>・“気付き”(専門医につなぐ)のために</p> <p>○薬物ガイドライン(かかりつけ医として知っておく)</p> <p>など</p>
<p>III ケア・連携（90分）</p> <p>⇒ 多職種連携の当事者としてのかかりつけ医に必要なケアの知識と前提となる制度・支援体制の仕組みを理解する</p> <p>・告知、本人・家族への支援 ・行動・心理症状(BPSD)への対応 ・認知症高齢者医療体制(医療連携基盤)、ケアの基本 ・介護サービス、主治医意見書、担当者会議・連携(DVD) ・若年認知症への支援、成年後見制度、地域啓発</p>	<p>○地域包括ケアシステム</p> <p>○認知症初期集中支援チーム</p> <p>○認知症疾患医療センターの体制整備</p> <p>○認知症医療支援診療所</p> <p>など</p>

③スライドの新構成

研究班による検討を経て、新しく設定する各編の趣旨や目的をより明確にするべく、新規作成のスライドを含めて、最終的に図表 1-4 のようなスライド構成を行うこととなった。第 2 回研究会議資料で示され、これがほぼ成果物である新テキストの構成となった。

なお、「連携と制度」編については、所要時間の目安を 90 分としているが、スライド 40 枚、映像 1 編 10 分という教材となっている。これは、研修実施地域において、多職種連携に関する他の研修教材やグループワーク（事例検討）などを適宜組み入れやすくしているためである。

図表 1-4 新テキストのスライドタイトル一覧案

I かかりつけ医の役割編（30 分）

	カリキュラム	
役 1	研修全体の目的・意義	
役 2	ねらいと到達目標	
	DVD1 かかりつけ医の役割	新規制作
役 7	早期からの認知症高齢者支援体制	
役 ○	かかりつけ医とは	
役 ○	かかりつけ医に対する国民のニーズ	
役 ○	認知症の人と主治医	
役 ○	かかりつけ医の役割	
役 3	早期発見・早期対応の意義	
役 4	認知症高齢者の将来推計	
役 ○	認知症高齢者の現状	
役 5	認知症施策の方向性について	
役 6	オレンジプランについて	
役 8	地域包括ケアシステム	
役 9	介護保険制度の仕組み	
役 10	要介護認定の仕組み	
役 11	主治医意見書の役割	
役 12	認知症症例の意見書①	
役 13	認知症症例の意見書②	
役 14	ADL と BPSD による認知症自立度	
役 15	「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味	
役 16	かかりつけ医に求められる認知症の医療（まとめ）	

II 診断と治療 編 (90分)

診 1	ねらいと到達目標	
診 2	認知症の診断基準 (DSM)	
診 3	認知症の中核症状と行動・心理症状 (BPSD)	
診 4	家族が最初に気付いた日常生活の変化	
診 5	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ	
	DVD2 認知症初期の発見とポイント	
診 6	アルツハイマー型認知症の診断基準	
診 ○	アルツハイマー病の症例 (68 歳・女性)	
診 ○	アルツハイマー病の症例 (68 歳・女性) 続き	
診 8	レビー小体型認知症の診断基準①	
診 9	レビー小体型認知症の診断基準②	
診 ○	レビー小体型認知症の例	
診 11	前頭側頭葉変性症の概念	
診 12	前頭側頭型認知症の病気の説明	
診 ○	前頭側頭型認知症 (62 歳・女性)	
診 ○	前頭側頭型認知症 (62 歳・女性) 続き	
診 14	血管性認知症の診断基準	
診 15	血管性認知症の考え方の変化	
診 17	画像診断の目的	
診 18	代表的疾患の画像鑑別診断のポイント	
診 19	認知症各病型の典型的な MRI 画像	
診 20	認知症各病型の典型的な SPECT パターン	
診 21	MCI	
診 ○	MCI の人への対応	
診 ○	MCI の人への対応② 何をどう伝えるか	
診 ○	MCI の人への対応③ 診断のポイント	
診 ○	MCI の人への対応④ 薬物療法は？	
診 ○	認知症の人と運転	
	DVD3 認知症の問診とアセスメント	長谷川式部分は付録に
診 22	中核症状のアセスメント	
診 23	記憶障害のアセスメント	
診 24	見当識障害のアセスメント	
診 25	判断・実行機能障害のアセスメント	
診 26	ADL のアセスメント	
診 27	IADL のアセスメント	
診 28	FAST による重症度のアセスメント	
	DVD4 認知症と間違えやすい症状	うつ病事例は付録に
診 29	うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴	
診 30	せん妄と認知症の臨床的特徴	

診 31	せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤	
診 32	外来時の対応	
診 33	認知症診断の問診の方法	
診 34	鑑別診断に必要な一般身体所見	
診 35	他の専門診療の際の気付き	
診 37	コリンエステラーゼ阻害薬の効果	
診 38	コリンエステラーゼ阻害薬の特徴	
診 39	コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点	
診 40	メマンチンの特徴	
診 41	メマンチンの使用上の注意点	
診 42	投薬に際して注意すべきこと	
診 43	行動・心理症状（BPSD）に対する対応	
診 44	BPSD に対する薬物療法ガイドライン	
診 45	認知症の症状に影響する要因	
	DVD5 認知症の治療とケア	ドラマ部分のみ抜粋
診 46	外来フォローのときの注意点	
診 47	治療期間における視点	
診 48	認知症の人への支援	
診 49	家族への支援	
診 50	認知症の説明（告知）と法的な取扱い	

Ⅲ 連携と制度編（90分）



連 1	ねらいと到達目標	
連 2	「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味（再掲）	
	DVD6 連携の意義と実際	新規制作
連 3	サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割	
連 4	ケアマネジャーとの連携	
連 5	ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと	
連 6	訪問看護との連携	
連 7	訪問薬剤管理・訪問歯科診療との連携	
連 9	社会福祉士・介護福祉士等との連携	
連 10	地域包括支援センター	
連 11	地域包括支援センターとの連携	
連 12	地域ケア会議	
連 13	専門医がかかりつけ医に望むこと	
連 14	認知症サポート医の機能・役割	
連 15	認知症疾患医療センターの機能と連携	
連 16	認知症高齢者ケアの基本～尊厳を支えるケアの確立～	
連 17	認知症高齢者ケアの基本～サービスのあり方～	
連 18	認知症の人への支援体制	
連 19	相談窓口	
連 20	介護保険制度の仕組み	
連 21	介護給付	
連 22	予防給付と地域支援事業	
連 23	地域密着型サービス	
連 24	小規模多機能型居宅介護	
連 25	複合型サービス	
連 26	認知症対応のサービス	
連 28	認知症医療支援診療所	
連 29	認知症初期集中支援チーム	
連 30	認知症ケアパス	
連 31	若年認知症の特徴と現状	
連 32	若年認知症の人への支援（制度）	
連 33	75歳以上の運転者の免許証更新 手続きの流れ	
連 34	75歳以上の運転者の免許証更新 診断書作成	
連 35	認知症と成年後見制度	
連 36	成年後見制度の仕組み	
連 37	日常生活自立支援事業	
連 38	高齢者虐待の現状	
連 39	高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割	
連 40	認知症サポーター	
連 41	地域啓発のポイント	

④新規スライドについて

先述したスライド改訂の方針・趣旨を反映し、以下のような追加・修正を行った。

- 冒頭の「かかりつけ医の役割」編にかかりつけ医の概念や国民のニーズ、また、認知症診療における役割などを取り入れた。
- 早期発見を担うかかりつけ医向けに MCI に関するスライドを充実させた。
- 認知症だけでなく身体疾患の管理も必要となるかかりつけ医の視点で、身体疾患に関するものスライドを追加し、より実践的な内容とした。
- 連携・制度編では、認知症施策の中で導入また準備されている仕組みや概念について、アウトラインを示すスライドを追加した。

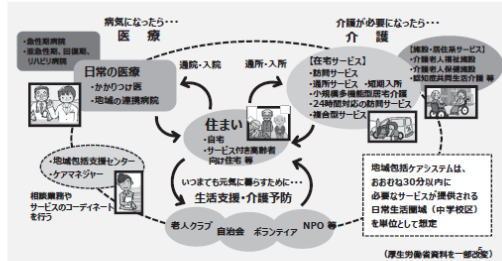
図表 1-5 新規追加テキスト（抜粋）

<p><役割-1></p> <p style="text-align: center;">かかりつけ医とは</p> <hr/> <ol style="list-style-type: none"> 1. 開業医に対する昔からの名称 (患者サイドからのネーミング) 2. 患者さんが選ぶ医師 3. 患者さんの生活を支える医師 4. プライマリ・ケア医、家庭医、GPと機能面では同じ 5. 専門的医療を柱として、一般的医療にも対応 6. 様々なタイプのかかりつけ医が存在 (開業環境、専門科 など) <p style="text-align: right;">1</p>	<p><役割-3></p> <p style="text-align: center;">認知症の人とかかりつけ医</p> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">認知症の人</p>  <p>同診票 自己記入は困難 -初診時-</p> <p>生活機能関連項目 ・外出頻度 ・屋内/屋外 移動の自立度 ・痛みの有無 など</p> </div> <div style="font-size: 2em; margin: 0 10px;">➔</div> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; width: 45%;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">かかりつけ医 (医療機関)</p>  <p style="text-align: center; font-weight: bold;">(期待される役割)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 傷病に関する診断・治療 2. 生活機能の把握 (A/I/IQ群の抽出) 3. 生活機能低下要因の評価と除去 4. 日常生活の指導助言 5. 状況に応じた関係機関の紹介 (専門医、地域包括支援センター等) 6. ケアマネや地域包括支援センター 職員との連携 </div> </div> <p style="text-align: right;">3</p>
<p><役割-2></p> <p style="text-align: center;">かかりつけ医に対する国民のニーズ</p> <hr/> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身近であること (住み慣れた地域) 2. いつでも対応してくれる (休日、時間外) ⇒ 相談機能 3. わかり易く十分な説明 (治療法、病気) 4. 適切な紹介機能 (医療連携) ⇒ ふりわけ機能 5. 在宅医療の実践 6. 医療レベルが適正な水準を保っていること <p>「認知症の専門家ではなくても、高齢者を診療しており、認知症への対応をしっかりと身に着けたいと思っている」医師</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p><役割-4></p> <p style="text-align: center;">かかりつけ医の役割</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ●認知症であることに気づくことができる ●認知症の人を受け入れる ●必要に応じ専門機関を含めた他の医療施設を紹介できる ●日常的な管理 (認知症に対する治療薬の管理を含む) を行う ●必要なサービスを把握しそこに家族をつなぐことができる ●家族の負担を理解し、経過の説明ができ、不安を軽減できる ●家族に、望まれる対応・すべきでない対応を指導できる <p style="text-align: right;">4</p>

<役割-10>

地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が一体的に提供される
地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、
住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



<役割-18>

かかりつけ医に求められる認知症の診療（まとめ）

- 認知症の人に気づく
- 認知症の人を受け入れる
- 認知症の人の家族を気遣い支える
- 地域でみることを意識する

どこまで診断し治療するかは、診療科や地域の資源等の状況によるが、今後は診断・治療が求められる。

7

<役割-17>

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
 - *1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では「取りこみ」が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
 - *2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていると、本人の訴えに振り回されることが減る
- 服薬の確認ができる
 - * 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる
- かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる
- 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる
- BPSDに関連する要因についての情報が得られる

8

<診断と治療-20>

MCIの人への対応

本人と家族の

「将来認知症になってしまうのではないか」
という不安に添えていくこと

「認知症ではないのだから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」
という誤解に対応していくこと

- 病態に対する徹底的な知識教育
- 経過観察の重要性の説明

8

<診断と治療-21>

MCIの人への対応②：何をどう伝えるか

- 地域在住の65歳以上の軽度認知障害の有病率は約13%と考えられており、決してまれな状態ではないことを伝える。
- 一方、もの忘れ外来受診者では、年間10~15%が認知症に移行すると考えられており、現時点では認知症ではないが、将来認知症に移行するリスクの高い群であり、そのため通院して慎重な経過観察が必要であることを本人・家族に明確に伝える。
- 5年経過しても半数は認知症に移行しないこと、逆に回復する例もあることを話し、必要以上に認知症になる不安をかきたてるような説明は避けたほうがよい。

9

<診断と治療-35>

認知症診療に必要な一般身体所見

- 血圧
- 脈拍
- 体温
- 貧血
- 黄疸
- 浮腫

11

<診断と治療-22>

MCIの人への対応③：薬物療法は？

- コリンエステラーゼ阻害薬やメマンチンが認知症へのコンバートを防ぐというエビデンスはない。
- 厳密に言えば保険適応ではない。

Doody RS et al. Donepezil treatment of patients with MCI: a 48-week randomized placebo-controlled trial. *Neurology* 72: 1555-1561, 2009

10

<診断と治療-36>

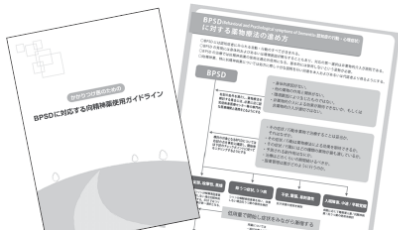
認知症診療で注意すべき身体疾患

- 脳血管障害 ● 慢性硬膜下血腫
- 同不全症候群
- 逆流性食道炎 ● 胃潰瘍
- 誤嚥性肺炎 ● 腸閉塞
- 大腿骨頸部骨折
- 褥瘡 ● 蜂窩織炎 ● 疥癬 ● 帯状疱疹
- 耳垢栓塞

12

<診断と治療-44>

BPSDに対する薬物療法のガイドライン

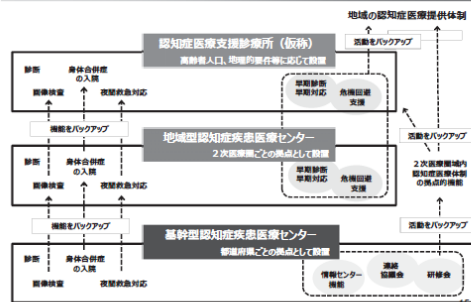


かかりつけ医のための BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000036k0c.html>

13

<連携と制度-26>

認知症医療支援診療所



<診断と治療-47>

治療期間における視点

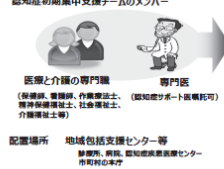
1. 本人は強い不安の中にあることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. いつもと様子が違うと感じたら、身体合併症のチェックを

14

<連携と制度-27>

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム



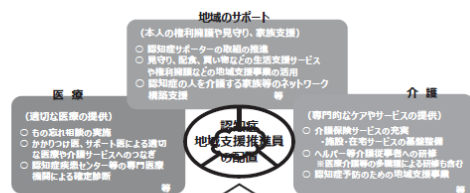
【対象者】
 40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人
 ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 (イ) 簡易的な医療サービスを受けていない人
 (ウ) 適切な介護サービスには申し込んでいない人
 (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
 ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している人

16

<連携と制度-28>

認知症地域支援推進員

認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、
 ● 地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援
 ● 認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う



市町村における地域ニーズの把握と計画的なサービスの確保 17

<連携と制度-31>

認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきだとの提言
 道路交通法一部改正（平成25年6月14日公布）
 「一定の病気等」に罹っているドライバー対策

- 病状の虚偽申告で罰則
- 医師が運転を危険と判断した患者情報の任意届け出制度
- 免許再取得時の試験一部免除
- 交通事故情報データベースの一部拡充

19

<連携と制度-29>

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は 3.78万人と推計
- 18~64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、脳血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%の順であった。

- 認知症高齢者との違い**
- 発症年齢が若い
 - 男性が多い
 - 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
 - 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
 - 経済的な困難が大きい
 - 主介護者が配偶者に集中する
 - 本人や配偶者の頼みなどの介護が重なり、時に複数介護となる。
 - 家庭内での課題が多い（就労、子供の教育・結婚 等）

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い（H24年度：61.0%）
- 認知症高齢者からの相談では男性は 31.5%
- 本人からの相談が多い（H24年度：40.0%）
- 認知症高齢者からの相談では本人からは 0.9%
- 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な課題に関する相談が多い

◎認知症高齢者の電話相談における割合は：
 『日本認知症ケア年報 2010』を引用
 18

<連携と制度-33>

75歳以上の運転者の免許証更新 診断書作成

20

2 映像(DVD)教材の改訂

2-1 改訂の背景と作業方針

かかりつけ医認知症対応力向上研修では、実施当初から、概念整理や問診やアセスメントの例、多職種連携のイメージなどに関する映像(DVD)教材を多く取り入れてきた。もっとも、スライドと同様に、今日的なかかりつけ医の役割や施策等に照らして、リニューアルすべきとの声が寄せられていた。

もっとも、全面的な改訂は限られた事業予算と期間の中では難しく、カリキュラム見直し、スライドの再配置と連動する形で、改訂の優先順位の高い、「かかりつけ医の役割」および「多職種連携」の2テーマについて、新規制作を行うこととした。また、同時に、現行の映像教材についても、研修全体の所要時間との関係から一部のコンテンツを“付録”として再整理した。

図表 1-6 映像(DVD)教材の改訂の方針案

I かかりつけ医の役割 編 [30分]		
旧番	DVD 作成案(コンテンツ案)	作業
DVD-1	[DVD1] かかりつけ医の役割 ○5つの役割を3つの場面で(新規制作:良い例/悪い例) 場面 i ①気づき(問診)~②専門医への受診誘導 場面 ii ③日常の診療~④家族支援(フォロー) 場面 iii ⑤多職種連携	新規制作(12') i 4'00" ii 4'00" iii 4'00"
II 診断と治療 編 [90分]		
旧番	DVD 修正案	修正後
DVD-3	[DVD2] 認知症初期の発見とポイント	全部(7'42")
DVD-4	[DVD3] 認知症の問診とアセスメント ○長谷川式の部分(6分半)は付録に編集	前半のみ(8'05")
DVD-2	[DVD4] 認知症と間違えやすい症状 ○せん妄のドラマのみ、うつ病事例の部分は付録に編集	せん妄のみ(5'34")
DVD-5	神経学的所見の具体的な見方 : 全編付録	
DVD-6	[DVD5] 認知症の治療とケア ○対応の実際のドラマ①と②のみに短縮	ドラマのみ(5'11")
III 連携と制度 編 [90分]		
旧番	DVD 作成修正案(コンテンツ案)	作業
DVD-8	[DVD6] 連携の意義と実際 ○医療連携 編 (昨年映像の編集) 24年度「サポート医の役割」DVDを「かかりつけ医」中心のストーリーに編集(新しくテロップやフリップ挿入なども検討) ○多職種連携 編 (取材映像) ・多職種連携で想定される機関の紹介(業務風景等) ・実際の活動、かかりつけ医への期待などの取材映像を編集(地域包括支援センター、ケアマネジャー等)	編集・取材(10') 医療(編集)4' 多職種(取材)6'
DVD-7	認知症の支援体制 : 全編削除	

2-2 新規制作 2 編の内容

検討された方針に沿って、第 1 編「かかりつけ医の役割」、第 6 編「連携の意義と実際」について、本年度新規制作を行うこととなった。

第 1 編 かかりつけ医の役割では、2 人の医師の認知症患者への対応の対比から、かかりつけ医に求められる「気づき」や「つなぎ」をダイレクトに伝える内容となっている。また、第 6 編 連携の意義と実際では、東京都町田市での取り組みの紹介やかかりつけ医、ケアマネジャー、地域包括支援センターのインタビューを通じて、かかりつけ医にとっての多職種連携の意義やメリットを伝える内容となっている。以下では、両編のシナリオを抜粋して掲載する。

図表 1-7 DVD 新作ナリオ 抜粋

(第 1 編 : かかりつけ医の役割)

テロップ	ナレーション&セリフ	北野医師の場合(テロップ)	
1 : オープニング (序章)		【診察室】 北野はまゆり内科 北野 道夫 医師	N北野はまゆり内科の北野先生は、 地元で内科医をしています。
このビデオは、かかりつけ医が認知症と思われる方に、どのように接し、どのように対処していくかを、いくつかの事例をもとに、二人の医師の行動の違いによって解説してまいります。 どうぞ、ご覧ください。 (テロップ)		【診察室】 鈴木みち子 (81歳)	N ある日、近くに住む鈴木さんがいつもの高血圧の薬をもらうため、先生のところへやってきました。 N 鈴木さんは独り暮らしですが、隣町に娘さんがいます。 ~医師 血圧を測り終え、尋ねる~ 医師「血圧、少し高いですね… 薬ちゃんと飲んでますか？」 鈴木「はあ？ちゃんと飲んでますよ」 医師「高血圧の薬、ちゃんと飲んでます？」 鈴木「ちゃんと飲んでますよ」
2 : ドラマ本題		※認知症の兆候に気づかない	N鈴木さんもお歳だから…と思った北野先生は一応薬を飲むように注意を促し、鈴木さんを帰しました。
かかりつけ医の役割 ~多職種連携の拡がり~	Nここに二人の医師がいます。 Nともに地域で開業している先生ですが、認知症と思われる人に対し、対応の違いを見ていきたいと思えます。 N一人は北野先生 そしてもう一人は、田中先生です。 Nでは、まず北野先生からご覧いただきましょう。	【後日の診察室】 鈴木さんの実娘 理沙	N後日…鈴木さんの娘さんが、この頃の母親の様子が おかしいと、一人で見えました
北野医師		※認知症の兆候に気づかない	娘(理沙) 「なんか面倒くさいとか、なんか人の意見に反対したりとか、同じ事くり返しくり返し言ったりとか、先生これって認知症でしょうか？」 医師 「うーん年相応ではないですか？ これぐらいの年齢の方には、よくありますからね」 娘 「はあ」 Nそれでも一応 娘さんからの願いで、先生は総合病院を紹介しました。
田中医師			



田中医師の場合(テロップ)	
<p>【診察室】</p> <p>田中診療所 田中明子 医師</p> <p>【診察室】</p> <p>※鈴木さんの設定は同じです</p> <p>※ 症状への気づきが早い</p>	<p>N田中診療所の田中先生は小児科と内科の医師で、地元の人たちの信頼も厚いようです。</p> <p>Nある日、鈴木さんの血圧の数値が薬を飲む以前に戻っているのを先生は不信に思いました。</p> <p>医師「血圧少し高いですね。お薬、ちゃんと飲んでますか？」 鈴木「はあ？」 医師「高血圧の薬ですよ。飲んでますか？」</p> <p>鈴木「はい、ちゃんと飲んでます！」</p> <p>N表情も乏しく、以前と違う鈴木さんの受け答えに田中先生は、違和感を覚え、これでは家で薬もちゃんと飲めていないのではないかと…と思いました。</p> <p>医師「そしたら鈴木さん、普段のお家での様子などもお聞きしたいので、今度娘さんと一緒に来ていただいてもいいですか？ 私からも電話で伝えときますから」</p> <p>鈴木「はい…」</p>
<p>【受付】</p> <p>※初動が早く、自分からアクションをおこす</p>	<p>N診療を終えたその日、鈴木さんの娘さんにも、直接一緒に来てほしい旨を電話で伝えました。</p> <p>Nすると、やはり家族側にも思い当たる節があったようです。</p>
<p>【診察室】</p> <p>※ 家族・本人の不安感の軽減に努める</p> <p>※今後の治療についての説明をしている</p> <p>※薬の服用などに関して十分な説明をしている</p> <p>※介護保険の説明など、今後の暮らしについての提案</p> <p>※すすんで主治医意見書を書く</p>	<p>N専門医への受診後、鈴木さんと娘さんが、田中診療所を訪れました。</p> <p>医師 「この間、西田先生からも聞かれたとは思いますが診断結果の報告をいただきました。アルツハイマー型認知症ということですが、まだ初期で軽い段階のようですね。 少しでも進み方を遅く出来るお薬がありますので飲んでみましょうか？」 鈴木「はい、分かりました」</p> <p>Nまた田中先生は専門医の西田先生との間で話した事で、高血圧の治療と併行して、認知症もこの診療所で治療していくことが鈴木さんにとって負担が少ないと思われることなども伝え、了解をとりました。</p> <p>医師「新しいこのお薬と高血圧のお薬、両方飲んでいただくこととなりますが鈴木さん、よろしいですか？」</p> <p>鈴木「はい」</p> <p>薬の服用については分かりやすく、丁寧に説明しました</p> <p>また鈴木さん達に、今後、介護認定を受けた後で、暮らしの中に様々な介護保険サービスを組み入れて活用していくことなども話しました</p> <p>医師「介護保険を使うには、先ず市役所に認定の申請をします。その時に必要となる現在の鈴木さんの医療に関する書類は、私が書くことに致します」</p>

(第6編：連携の意義と実際)

テロップ	ナレーション& インタビュー
連携の意義と実際 (タイトル)	
『0 多職種連携のメリットとは？』	<p>かかりつけ医にとって、多職種連携のメリットには具体的にどのようなことが考えられるのでしょうか？ (↓以下コメント、会議資料 135 より引用)</p> <p>まず、多くの職種の人と連携する事で、患者の生活状況に関する具体的な・客観的な情報が得られます。</p> <p>また、生活習慣病の治療薬を含め、他の服薬についても介護職員などから、確認が出来ます。</p> <p>そして、かかりつけ医が日常生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がります。</p> <p>また本人の生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の効果や副作用の説明ができます。</p> <p>行動心理症状、いわゆるBPSDに関する要因についての情報が得られます。</p> <p>このように、医師にとって多職種連携は、診療でのクオリティの向上にも繋がっていくのです。</p>
『0 多職種連携のメリットとは？』(サイドテロップ)	
①『生活状況に関する具体的な・客観的な情報の取得が可能』	
②『服薬の確認が容易になる』	
③『治療に関する本人・家族の満足度向上』	
④『より具体的に薬剤の副作用の説明が可能』	
⑤『BPSDに関する要因の情報取得が可能』	

多職種連携	
<実際の現場から>	
<p>栄山医院 院長 栄山雪路</p> <p>0 多職種連携のメリット？</p> <p>0 主治医意見書について</p>	<p>今回のプロジェクトを推奨している一人、地元のかかりつけ医 栄山医院の栄山先生も多くの職種との連携を実践している医師のひとりです。</p> <p>栄山医師 「本人と話してただけでは分からない事が多くある。介護関係の方が、家に行ったときに、家の状況がこんなになっていた…私達には言えない幻覚・幻視の状況を報告してくれたり、そういったことが非常に役に立っている。</p> <p>ケアマネジャーさんやヘルパーさん、訪問看護師さんにどういう状況かを聞くと、詳しく教えてもらえる。それでやっと認知症の意見書を作成出来るということも多々ありますので、やはり連携をとることは重要だと思う。」</p>
<p>IMSグループ 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 斎藤 秀和</p> <p>0 医療職との連携は？</p>	<p>ケアマネジャーの斎藤さんは…</p> <p>「ドクターの仕事の忙しさというは十分わかっている。しかし、連携を図っていかないと利用者中心のケアは難しいと感じている。</p>

Ⅲ 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 研究班（B 班）

1 講師養成のための伝達講習会

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修について、都道府県・指定都市事業として本年度より実施要綱に挙げられたことを受け、その講師を担う医師ないし看護師に研修内容および教材の説明を行うため、「講師養成のための伝達講習会」を実施した。

(1) 開催概要

講習会の実施(開催)要綱およびプログラムは図表 2-1、2-2 の通りで、標準的カリキュラムである 90 分講義の伝達講習に加え、実施地域の実情に応じて講義に併せて行われることを想定した“演習”について、模擬事例を使ったグループワークも実施した。

受講者は、26 都道府県・7 指定都市の計 33 地域から、開催案内において対象者とした認知症サポート医や認知症看護認定看護師が 61 名、行政担当者が 17 名であった。

図表 2-1 伝達講習会の実施要綱

伝達講習会 実施要綱	
1 目的	「病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修」の講師役を担う医師、看護師等に対して、同研修の講義内容や演習の実施方法等の伝達を行うことを目的とする。
2 対象および人数	①認知症サポート医、②認知症看護認定看護師・老人看護専門看護師・それに準じる経験を有する看護師 のいずれかに該当し、各地域から 最大 2 名 まで ※ 上記の他、必要に応じて行政ご担当者 1 名の随行は可能です。 ※ 1 地域から受講は 合計 3 名まで お願い致します。
3 日程および会場	日程 平成 25 年 9 月 1 日（日） 12:30(開場) ～ 16:45(最長) 会場 品川フロントビル会議室（JR 品川駅 港南口徒歩 3 分、裏面地図参照）

図表 2-2 伝達講習会のプログラム

時間	内容		講師
13:10～	(開講)	挨拶・趣旨説明 等	(厚生労働省)
13:20 ～14:50	講義	①「知識」講義のポイント (認知症の人の理解、認知症ケア 等) ②「対応力」講義のポイント (アセスメント、事例ごとの対応力 等) ③「連携等」講義のポイント (院内外の連携、管理者として 等)	遠藤英俊 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長 (講義①・③、演習①)
(10分)	(休憩)		島橋 誠 公益社団法人 日本看護協会 看護研修学校主任教員 (講義②、演習②)
15:00 ～16:30	演習	①「演習」の考え方 (意義、事例収集、進行方法 等) ② 模擬演習 (a 術後せん妄、b 独居者の退院支援)	
～16:45	(終了)	質疑応答 他	

(2) テキスト

伝達講習会の教材は、昨年度事業において作成したテキストをベースに、8月9日の衛星通信研修での経験を踏まえて修正したバージョンのテキストを使用した。

また、演習については、研修の趣旨に合うように“病院における認知症の入院患者への対応”、“認知症患者に院内チームとしてする対応”の観点から、演習の実施方法や素材選定なども含めて、模擬グループワークを行った。

図表 2-3 に研修テキストを抜粋して示す。

図表 2-3 伝達講習会テキスト（抜粋）

【知識-3】 認知症の人がたどる経過と入院

	クレーゾーン	中核症状出現期	BPSD 多発期	障害 複合期	ターミナル期
自立した暮らし	本人のおかしさを感じることが増える 不安・イライラ・寝れやうい	わからぬことが増える ・パニックに陥りやすい	できないことが増える ・ふらつく、転びやすい、動けない	食べられなくなる ・体温調節が乱れる	

本人における暮らしの中での変化(主なもの)

どの時期、段階(ステージ)での入院なのか、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮・留意した対応が必要になります。

●考: 永田久美子監修・著「認知症の人の地域包括ケア、日本看護協会出版会、P12-13、2006

解説

【知識-3】
認知症を発症し始めてから最期を迎えるまで、長い経過をたどる。
認知症の人が直面している心身の総合的な変化を、進行段階の特徴に応じて整理すると、大きく5つのステージに分けることができる。これらのステージは、認知症の原因疾患や個々の背景によって、順番通りでなかったり、ステージ間を行きつ戻りつする場合もあり、一人ひとり異なる。
今回の入院が、本人にとってどの時期やステージにあるのかをたずね、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮したり、留意した対応が必要となる。
特に、興奮や攻撃的な反応などの行動・心理症状(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)が多くみられる時期は「認知症が重い」ととらえられがちだが、認知機能の低下によって自身におこっている変化にとまどい、パニックに陥っている場合が少なくない。
こうした場面こそ、一人ひとり異なる「その人」におこっている暮らしの変化や、まだ持っている力に目を向けた対応をとることで、落ち着いて過ごすことができるようになる。

●考: 永田久美子監修・著「認知症の人の地域包括ケア、日本看護協会出版会、P12-13、2006

【知識-4】 入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因

中核症状

BPSD (認知症の行動・心理症状)

不安、焦燥、興奮、攻撃的、幻覚、妄想、多動、繰り返す、歩き回る(徘徊)、など

パニック

本人の安全 乱暴

要因・誘因(主なもの)

身体的要因	環境的要因	心理・社会的要因
基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、痒痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用等	なじんだ住環境からの入院、転室、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激(音、光、風、湿り、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい気配の不足など)	不安、孤独、過度のストレス、口調が早い・遅い、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし

●考: 永田久美子・11認知症高齢者の理解とケアの実践、正木治彦監修・改訂版老年看護学、日本放送出版協会、P198、2011
伝達講習会_20130901

【知識-4】
認知症の症状は大きく2つに分けられる。
認知機能の低下によっておこる「中核症状」と、周囲の環境やかかわり方によって引き起こされる「BPSD」がある。
残念ながら認知症を完治する治療法は今のところないといわれているが、治療やケアによって進行を遅らせることは可能である。これらのBPSDを引き起こしやすいさまざまな要因や誘因は、主に身体的要因、環境的要因、社会的要因がある。これらの要因や誘因を理解しておくことが重要である。

5 [伝達講習会_20130901]

【対応力-19】 せん妄：良い対応例

医師に昨夜の患者の状態を伝える。

「今は睡眠しているときであり、覚醒するまでもう少し待ってください」と医師に伝える。

医師は診察を後に回すようにする。

解説

【対応力-19】
今日の睡眠・覚醒をどのようにするか考え、医師に伝えて協力を得る必要がある。
その日の生活リズムを考えながら、せん妄の人がどのように過ごすかを計画する必要がある。具体的には、病棟の配置、検査などのスケジュールの中で、睡眠覚醒リズムの調整をどうするかコーディネートする意識が必要である。
せん妄のケアでは、この計画を、認知症の人に関わる全ての人が共有し、それぞれの役割の中で意識し、実行していくことが重要になる。

【対応力-20】 せん妄：まとめ

- 生活リズムをつけるには、かかわるスタッフすべてが、環境要因であることを意識する。
- 認知症の高齢者はせん妄を起こす可能性が高い、せん妄の発症を念頭においてかかわる。
- せん妄は早期発見、早期対応が重要。
- せん妄は、チームで関わる場合には、スケールなどを使用し正確に評価を行うことが重要。

28 [伝達講習会_20130901]

【対応力-20】
認知症の人はせん妄をおこしやすい。このことは、スタッフが共通に認識することが必要である。また、早期に発見し、早期に対応することが重要である。その際の注意点としては、チームで関わる場合には、スケールなどを使用し、評価等の認識を一致しておく必要がある。

29 [伝達講習会_20130901]

(演習)

【演習①-1】

演習の意義・目的

- 演習の意義は、座学では得られない知識や経験についてグループワークや質疑応答を通じて、より身近に、より深く理解することができる点にある。
- 演習の目的はグループワークを通して、多職種連携により、認知症のBPSDやせん妄のケースは困難事例に対して、効率的に対応できるようにすることである。

【演習①-2】

「演習」で伝えたいこと

- 認知症の困難事例やせん妄の事例を通して、チームで解決する方法を考える場とする
- さまざまなBPSDに対して、薬物療法だけでなく、ケアや対応、非薬物療法を検討する場とする
- 演習を通じ、病院での認知症の課題をチームで解決することを学ぶ場とする

演習 1

[伝達講習会_20130901]

【演習①-3】

「演習」の方法

- 決まった方法はありませんが、事例を通して意見交換、質疑応答の場とします。
- グループワークの方法としては、困難事例の検討、KJ法、エコマップの作成など様々な方法があります。

【演習①-4】

事例サンプル (独居の退院支援)

- 80歳女性、独居のアルツハイマー型認知症の人です。1年ほど前から物忘れがあり、糖尿病と高血圧症もあり、外来受診していました。MRIで海馬の萎縮があり、脳SEPECTで後部帯状回の血流低下を認めました。MMSE23点です。
- 今回は高血糖のため入院しました。定期的な内服とインスリンの注射をしていましたが、入院前に時々インスリンの注射をうったことを忘れていたりするようになっていました。要支援2で1週間後に退院することになりました。
- 退院前カンファレンスでは、どんな議論をすることになりますか？

演習 2

[伝達講習会_20130901]

(3) 受講者アンケート

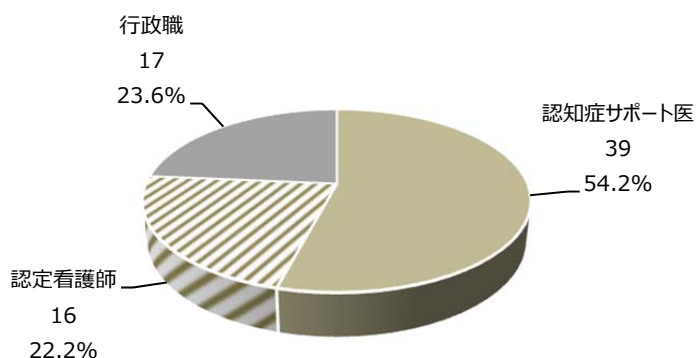
伝達講習会の受講者を対象に、伝達講習会の内容評価、講師としての見通し、教材への意見（記述回答）等についてアンケートを実施した。主な結果について以下に示す。

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

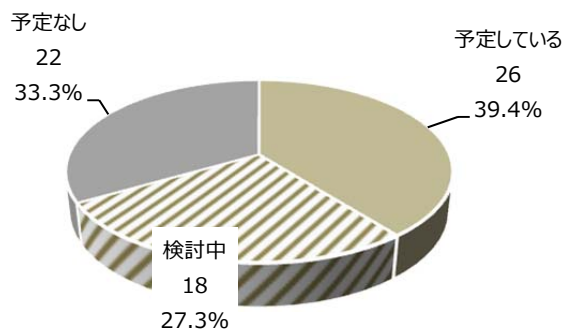
講師養成のための伝達講習会 受講者アンケート結果

①受講者属性（N72）

- 26 都道府県、7 指定都市 計 33 自治体（49.3%）
- 受講者は 78 名（認知症サポート医 41、認知症看護認定看護師 20、行政担当者 17）



②今年度の研修開催予定（N66）



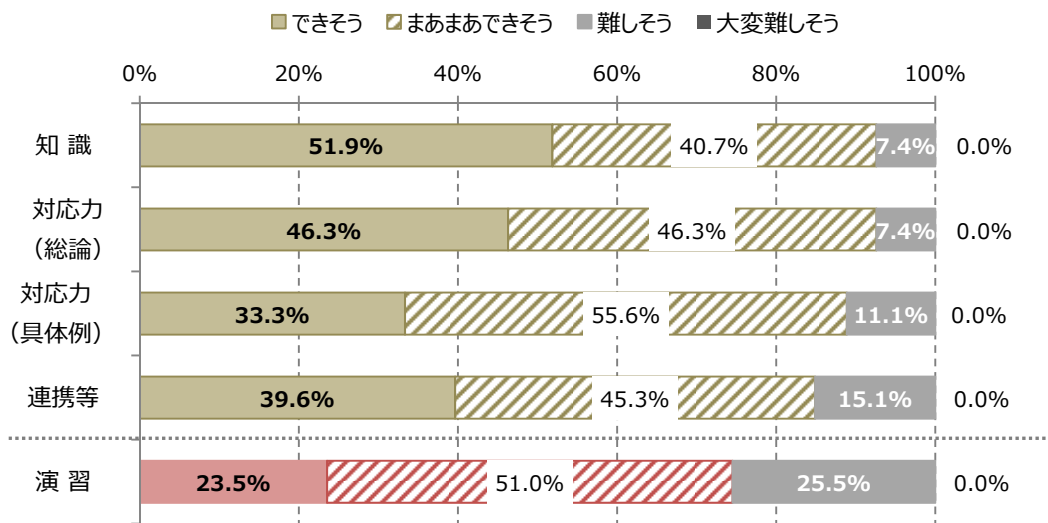
③伝達講習会について

i) 伝達講習会は参考になったか（N71）

	大変参考になった	参考になった	参考にならなかった	分からない
認知症サポート医 (N39)	11 28.2%	26 66.7%	0 0.0%	2 5.1%
認定看護師 (N15)	6 40.0%	9 60.0%	0 0.0%	0 0.0%

ii) 講師として担当できそうか (認知症サポート医・認定看護師のみ回答)

- 「できそう」「まあまあできそう」とした割合は、知識、対応力（総論）では9割超であった。
 - 一方、対応力（具体例）では、「できそう」は3分の1にとどまり、演習では2割強であった。
 - 連携、演習では、「難しそう」とした割合が8割前後となった。
- 対応力（具体例）や演習については、教材のテーマの設定や伝達講習会でのフォーカス・強調の仕方について、再考・改善も必要である点が認められた。



【職種別詳細】

		できそう	まあまあできそう	難しそう	大変難しそう
講義③ 対応力 (具体例)	認知症サポート医	13 34.2%	20 52.6%	5 13.2%	0 0.0%
	認定看護師	5 31.3%	10 62.5%	1 6.3%	0 0.0%
講義④ 連携	認知症サポート医	18 48.6%	17 45.9%	2 5.4%	0 0.0%
	認定看護師	3 18.8%	7 43.8%	6 37.5%	0 0.0%
演習	認知症サポート医	10 27.8%	20 55.6%	6 16.7%	0 0.0%
	認定看護師	2 13.3%	6 40.0%	7 46.7%	0 0.0%

iii) 教材に関するご意見（主な記述回答）

記述回答での意見は様々であったが、対応力（具体例）や演習事例については、網羅的・概念的な内容より、病院勤務の医療従事者にとって、特徴的な 1 テーマ、必要最低限、シンプルで明確なテーマ設定等が必要であるとの示唆が得られた。

認知症サポート医	全体的に（特に対応力）、観念的・理念的で臨床現場でさまざまな問題に直面している実務者にはおそらく響かない教材ではないか懸念する。実務者の体験、現実の問題（認知症、せん妄）を踏まえた構成を工夫すべきでは。
認知症サポート医	せん妄については、もっと実践的な内容にしたほうが良いと思う。悪い対応例もポイントがずれていると感じた。睡眠リズムの改善をすべきなのに日中寝ていたら起こしてはいけないと受け取られる可能性もあると思う。
認知症サポート医	事例についてはいろいろと問題があると思います。
認知症サポート医	事例はせん妄のように思えたが他の疾患であったものなども入れて頂けるとよいです。
認知症サポート医	対応力の場面設定の事例数を増やした方が良いと考えます。
認知症サポート医	エコマップや KJ 法を使用する場合など、事例の主治医や担当看護師など、情報や問題点などを具体的に聞ける人に参加していただくようセッティングすることが必要と思います。
認知症サポート医	看護師には OK ですが、病院の介護職の方にはもう少し工夫がいるかもしれません。用語、病気についてのこと等。
認知症サポート医	具体例を増やして頂ければ選択しやすい
認知症サポート医	認知症の方と一緒に入院されている他の入院患者さんについての配慮についても必要ではないかと思いました。（特別扱いと誤解されないために）
認知症サポート医	だいたい良いと思うが、少し変更必要（討論で出しました）
認知症サポート医	対応の悪い例、良い例が今ひとつ？ 内容をひとつ一つ話していくと時間がかかなり不足する。しかし説明しないと理解が不足する。
認定看護師	全体的に教科書的すぎるかな、という印象です。現場が困っている事例はもっとシビア。もっと内容を吟味する必要があると思います。
認定看護師	対応についての事例は対象者の状況によって、どこまで掘り下げるかを検討すべきなので、テキストにはあくまで一例でよいと思いました。（今回はその方法も併せて検討が必要ということだと思うが）
認定看護師	事例についてはリアリティのあるものがあればなお良かったと思います。
認定看護師	とても分かりやすいスライドで、事例のところも良かったと思います。
認定看護師	せん妄スライドの事例をご検討願いたい

④全般意見（主な記述回答）

認知症サポート医	管理者へのメッセージは重要。特に認知症を受け入れることを前提とした院内のシステムが必要
認知症サポート医	グループワークの時、医師、看護師、県職員など他職種の方も参加した方が良かったと思いました。
認知症サポート医	病院に向けた研修を進めていく企画や方針はとても良いと思いますが、サポート医が全て担っていくのは荷が重いですし、限界があります。各病院に必ず認知症サポートチームを作るようにするとか、対応スタッフを養成するよう指導して頂きたい。
認知症サポート医	他の職種での研修協力者はいるのでしょうか。ファシリテータは足りないと思います。
認知症サポート医	全体研修会は年に何度もできるとは思えないので、どの程度の人数の研修会にすればよいか、グループワークを行うとすれば、あまり大きくはできないのでは。第1回目の研修会はどこまで参加を呼びかけるか迷うところです。看護師だけでなく、医師、MSW、ケアマネにも参加してもらいたい。
認知症サポート医	地域の介護資源の充実や各病院の認知症への理解、取組みの程度により研修のレベルが異なる。
認知症サポート医	認定看護師が少ない。一般病棟ではまだまだ認知症に対する受け入れが拒否的な病院が多いように感じられますので、啓発に十分力を入れたいと思います
認知症サポート医	病院に出前講義するのであれば、その病院の事例も取り入れた方がよいのではないのでしょうか。
認知症サポート医	急性期病院の看護師に忙しいからと言われることがある。これらの対応で結果的に対応の時間が減るなどのデータがあれば説明しやすい。急性期の看護師が受け入れてもらえる方法も教えて下さい。
認知症サポート医	忙しい急性期病院の方々にとどこまで研修できるのかと心配です。
認知症サポート医	認知症患者は受け入れないという病院が多い。急性期病院からの受け皿がなく問題がある。
認定看護師	GW は職種の偏りが無いよう配慮が必要と思います。
認定看護師	認知症に関わる職種の増加と演習を含めた研修の実施が必要ですね、と感じました。
認定看護師	受講することに意味を持たせることが今の目標なのだと思いますが、問題はその後のフォローアップだと感じています。1回だけの研修ではなく、その後 どうやってフォローアップしていくか思案中です。
認定看護師	地域が分散しており、集約して研修を行うと行き届かない地域があるのでないか。
認定看護師	研修を受講して、臨床に活かせたり、アクションプランを立てられたり等、なかなか次につながらないその日限りのものになってしまっている。どのような研修内容にすれば効果的か。
認定看護師	研修の講師の確保が心配である。研修を行っての認知症の理解は必須であると今回の研修で実感したので、ぜひ優秀な講師を確保していただきたい。
認定看護師	多職種同時では難しい、工夫が必要、自分なりに試していきたい
認定看護師	実践力は当然であるが、疾患の理解も必要。管理者に対する研修も必要（管理者によって方針が決まるので）。病院への研修も必要であるが、地域の施設の対応力を上げる研修も必要と思う。退院しても再入院している（BPSD にすぐ薬を使いたがる）。

2 カリキュラム・スライドの見直し

(1) 見直しの経過

構成養成のための伝達講習会の開催を経て、また、その受講者からの意見等を受けて、講義 90 分のコンテンツについて、研修趣旨に沿った“**的を絞った内容**”にする、また、認知症一般に関する“**基礎知識部分のスリム化**”を主たる方針として、研究班にて検討を行った。

検討においては、病院における認知症対応力向上の必要性やそのエビデンスとなるデータを提示すること、また、講義の中心となる対応力向上の説明については、「BPSD」、「せん妄」に特化した構成とすること、が本年度の見直しの内容として共有され、各編の時間配分も、従来の知識 30 分、対応力 50 分、連携等 10 分から、「目的」10 分、「対応力」60 分、「連携」20 分とした。

具体的な作業は、研究班オブザーブの厚労省認知症・虐待防止対策推進室の担当官のご協力を得て、素案を作成し、各委員から意見集約を行う形で進めた。

図表 2-4 スライドの新構成案（タイトル一覧対照表）

※タイトル（右側）は、意見集約の際の提案・チェック版であり、最終の構成ではない

知識編 30 分		目的編 10 分
No.	伝達講習会版	提案・チェック版
1	現状と課題（研修の背景）	現状と課題（研修の背景）
2	研修の目的	認知症高齢者の現状
3	認知症について	急性期病院における認知症の治療・ケアの課題
4	入院加療・退院をスムーズに進めるための 4 つの視点	研修の目的
5	認知症の人がたどる経過と入院	入院中のケアの問題
6	入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因	
7	本人が体験していること	
8	認知症の人の全人的理解	
9	認知症ケアの基本	
10	病棟において重要なケア	
対応力編 50 分		対応力編 60 分
1	身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点	認知症の診断基準（DSM）
2	認知症の人を共に支える連携を進めていくために	海外での調査
3	認知症の人のアセスメント	認知症患者の比率：入院（海外）
4	認知症の人に対する対応の基本	入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因
5	コミュニケーション	認知症の事例(BPSD)
6	場面設定	本人が体験していること
7	悪い対応例	認知症の人への対応
8	良い対応例	認知症の人に対する対応の基本
9	まとめ	認知症ケアの展開における 4 つの視点
10	行動・心理症状（BPSD）	行動・心理症状(BPSD)への対応①
11	場面設定	行動・心理症状(BPSD)への対応②
12	悪い対応例	病棟において重要なケアの視点

(対応編 つづき)

13	良い対応例	認知機能
14	まとめ	認知症の人がたどる経過と入院
15	せん妄	入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点
16	場面設定	家族が最初に気づいた日常生活の変化
17	悪い対応例	加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ
18	良い対応例	アセスメントの目的
19	まとめ	アセスメントの留意点
20	身体拘束	中核症状のアセスメント
21	場面設定	記憶障害のアセスメント
22	悪い対応例	見当識障害のアセスメント
23	良い対応例	判断・実行機能障害のアセスメント
24	まとめ	ADLのアセスメント
25	転倒	IADLのアセスメント
26	場面設定	認知症の人の全人的理解
27	悪い対応例	認知症ケアの基本
28	良い対応例	コミュニケーション
29	まとめ	身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点
30	認知症の人への対応 まとめ	身体拘束にあたる項目
31		せん妄の事例（過活動型）
32		せん妄の事例（低活動型）
33		対応の違いでみる せん妄と認知症
34		せん妄の問題
35		せん妄の発症危険因子
36		せん妄と認知症の臨床的特徴
37		せん妄は見落とされる
38		せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤
39		せん妄の予備・前駆症状
40		せん妄のアセスメントツール
41		せん妄への対応のポイント
42		せん妄への対応（まとめ）

連携等編 10分

連携編 20分

1	スムーズな医療・ケアを提供するために	適切でスムーズな医療・ケアを提供するために
2	リエゾン精神科加算	連携により期待される成果
3	具体的な対応マニュアル（1）	病院と地域資源との連携
4	具体的な対応マニュアル（2）	地域包括ケアシステムの全体像
5	病院と地域資源の連携	
6	連携により期待される効果	
7	地域包括ケアシステムの全体像	
8	「管理者」の目的	「管理者」の目的
9	認知症の人を受け入れるにあたって	入院治療の問題点（海外）
10	管理者の視点から（認知症・せん妄・転倒）	治療のアウトカムに与える影響
11	管理者として行ってほしいこと	認知症の人を受け入れるにあたって
12		認知症・せん妄・転倒への対応
13		具体的な対応マニュアル（1）
14		具体的な対応マニュアル（2）
15		管理者として行ってほしいこと

図表 2-5 意見集約の際の方針

**伝達講習会版と提案・チェック版のスライドタイトル一覧
(確認用ファイル)**

1. 改訂・修正作業の趣旨

- 知識・対応・連携の3編構成の骨格を維持する
- 内容を絞って簡潔に構成する
 - ①知識：入院期の課題や問題点の整理を最小限に
 - ②対応：認知症およびせん妄の入院患者に対する知識と対応に絞る
 - ③連携：院外連携の情報と管理者へのメッセージに絞る
- 観念的・抽象的な内容を、なるべく具体的な情報・内容とする

2. スライド(PPT ファイル)の構成・見方 (背景色や字色の意味等)

- 講義の時間配分は 知識 10 分、対応 60 分、連携 20 分 を想定しています
- 背景色が水色のスライドは、認知症対策室より挿入提案があったものです
- 既存スライドとの関係で内容が一部重複するスライドも含まれます

3. 委員の皆様をお願いしたい内容

- 提案・チェック版のスライドについて、以下の点についてご助言ください。下記の一覧表の右側「チェック・コメント記入欄」に直接ご入力ください。
 - ①削除すべきスライド、加えるべきスライドの選定 例:このスライドは不要 等
 - ②スライドの配置順序の修正 (該当スライドと挿入先) 例:18 番の前に移動 等
 - ③スライドの中身の加除修正 例:スライドをもう少し簡潔にすべき 等
 - ④その他の全体意見

(2) 新規の追加スライド

伝達講習会実施後の一連のスライドの見直し作業において、以下のコンセプトに沿って、新たに作成・追加されることになった新規スライドを中心に、抜粋して掲載する。

- 認知症の人の入院にあたってどのような課題があるのか、調査結果などを用いて具体的に示す
- BPSD に並んで、課題とされる「せん妄」について、具体的かつ実践的な対応方法を示す
- 現場の個々の対応に加えて、“病院として認知症にどう向き合うか”を強調し、管理者向けのスライドの充実を図る

図表 2-6 新規追加されたスライド抜粋

<p>目的-3</p> <h3>急性期病院における認知症の治療・ケアの課題</h3> <p>コンサルテーション精神科医によるフォーカスグループの結果より</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 認知症と気づかれていない 2. せん妄の合併 せん妄は身体疾患による影響が重なっており、身体治療のできない精神科病院の受け入れは困難（院内コンサルテーションに出ない） 3. 院内の連携の悪さ（コンサルテーションに出ない） 4. せん妄を含め、スタッフの知識・技能・経験の不足 <ol style="list-style-type: none"> ① 不適切な対応が症状の増悪を招く（身体抑制など） ② 在院日数の延長 ③ 無理な退院と再入院 ④ 家族に過度の負担を強いる（24時間の付添を要請） 5. 認知症患者の身体アセスメントの問題（見過がれている） 6. 退院調整に時間を要する <p>認知症と身体治療と両方可可能な施設はきわめて少ない (平成25年度第2回「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」参考資料を改変)</p>	<p>対応カ-2</p> <h3>海外での調査</h3> <p>認知症は一般的か</p> <ul style="list-style-type: none"> ● イギリスにおいても、正確な診断を受けている認知症患者は半数以下。しかも診断を受けるのは、しばしば急性期病院に入院してから ● 入院しても正確な診断を受けられるのは37-46%に限られている <p>(Harwood, Age Aging 1997; Joray, Am J Geriatr Psy 2004)</p>
<p>目的-5</p> <h3>入院中のケアの問題</h3> <p>入院 → 退院</p> <p>認知機能のアセスメントがなされない</p> <p>せん妄発症率： 内科病棟20% 外科病棟20-50% 認知ケア病棟50%</p> <p>身体管理 認知症患者の身体ケアの方法を知らない 疼痛対策が不十分 自覚症状が不十分のため早期発見・対応が困難 APバーを放置</p> <p>せん妄 せん妄に気づかない 不適切な疼痛管理、ベンゾジアゼピン系薬剤使用、 抑剤、低栄養、脱水、活動低下 家族への過度の負担</p> <p>認知症ケア BPSD(低活動)：意識低下、拒食、抑うつ 気分が不安定／低栄養、脱水／ 感染（尿路、呼吸器）／活動低下 BPSD(過活動)：驚愕、攻撃性、暴力 評価・対応方法を知らない 不適切な薬物療法、抑剤 低栄養、脱水 家族への過度の負担</p> <p>せん妄遷延 認知症増悪 ↓ 身体悪化 入院長期化 ADL低下 在宅移行困難</p> <p>せん妄の原因は身体疾患であり、 認知症は重篤な場合が多く、 転院等の対応は事実上困難</p> <p>詳細については、リスク評価、 アセスメント方法があるが、 知られていない</p> <p>構造上、暴力・攻撃性 には急性期病院は弱く 対応は困難</p>	<p>対応カ-3</p> <h3>認知症入院患者の比率（海外）</h3> <ul style="list-style-type: none"> ● 急性期一般病棟：9.1-50.4% (Hickey 1997, Feldman 1987) ● 老年病棟：63-79.8% (Torian 1992, Adamins 2006) ● 大腿骨頸部骨折の手術目的入院：31-88% (Homes 2000) <p>【認知症患者の入院理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 誤嚥性肺炎、膀胱炎、尿路感染症、転倒、敗血症、大腿骨頸部骨折が多かった (Zhao 2008) ● 肺炎、胃腸炎、尿路感染は ambulatory care sensitive condition と呼ばれ、予防や早期発見に努めることで、アルツハイマー病患者の緊急入院を予防することができると言われ、nursing homeの quality indicatorである
<p>対応カ-6</p> <h3>急性期医療に求められる認知症ケア</h3> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知症評価尺度および個別の観察、家族の情報を統合して観察する ● 急な環境変化は認知症に悪影響を与えるため、予測した対応が重要である ● 認知症の人は自覚症状の伝達が困難となるため、治療疾患の知識に基づく観察が重要である ● 入院や治療に伴う苦痛やつらさは、不穏や攻撃などの多彩なBPSDとして現れる ● ストレス原となる合併症、苦痛、拘束、ルート類などを最小限にして予防することが重要である 	<p>対応カ-25</p> <h3>入院の際に留意する3つのポイント</h3> <ol style="list-style-type: none"> ① 失見当に基づく入院後の不安やパニック、帰宅願望を予測して環境を整備する ② 視覚的メッセージ、スタッフの一致した繰り返しの説明で治療的規制の理解を助ける ③ 的確な知識と頻回の訪室による観察で、合併症の早期発見とストレスの軽減を図る
<p>対応カ-10</p> <h3>認知機能</h3> <ul style="list-style-type: none"> ● 認知機能障害 <ul style="list-style-type: none"> - 加齢とともに増加 - 身体機能低下、死亡率上昇と関連（一般高齢者） (Wolfson, NEJM 2001) ● 見逃されやすい 高齢者病棟入院が患者の27%に“Blessed Test”で認知機能低下を認めたが、そのうちの36%には認知症やせん妄などの記載、アセスメントがなされていなかった (Flood, J Clin Oncol 2006) 	<p>対応カ-26</p> <h3>入院後の不安やパニックを予測した環境整備</h3> <p>認知症の人は、入院などの急激な環境変化に適応するまでに不穏や混乱を起こし、帰宅願望を強く訴えることが多い</p> <ul style="list-style-type: none"> ● できるだけ観察、訪室しやすい距離の部屋にする ● 見える位置に病院名や病名を貼る ● カレンダー、時計をベッドから見える位置に設置する ● 食事と寝る場所の安心を与える ● 入院当日は、夕方まで家族に留まってもらうように協力を得る ● 好きな音楽、家族の写真の持参を家族に依頼する

対応力-27

治療的規制の理解を助ける

認知症の人は「治療内容が理解できない」と考えるのではなく、障害された認知力に見合った情報提供の方法と時間を考える

- 認知症の人がいつも同じ情報を目にし、看護師からいつも同じ説明を聞くことで、認知症の人の状況認知を助ける（治療内容についての説明用紙を目に届く場所に大きく掲示）
- 認知症の人の理解度、認知度に合わせた説明方法を探る
- 説明した後、どれくらいの時間で忘れるのかを把握し、根気よく同じメッセージを繰り返す

対応力-36

対応の違いでみるせん妄と認知症

認知症と間違えられやすい症状にせん妄がある
⇒ 身体疾患と薬物に起因するものが多く、治療することによって症状改善が図れる

【症状の特徴】

- ・意識障害がある
- ・起始が明確である
- ・夜間に増悪することが多い

【留意点】

- ・せん妄を疑ってアセスメントする
- ・身体状態、病歴や投与されている薬剤などに注意を向けることが重要

対応力-28

合併症の早期発見とストレスの軽減を図る

認知症の人は訴えが少ない、あるいは多様であることから、何が起きているのかを判断することが難しくなる

- 身体的な観察とともに頻繁な訪室による声かけやその反応、経時的な表情や訴えの変化、睡眠状態、落ち着きのなさや興奮などの観察が重要である
- 看護師の訪室は認知症の人の不安を軽減させ、ストレスを軽減させる重要なケアとなる

対応力-37

せん妄の問題

- 危険行動による事故・自殺
- 早期対応が困難・重症化
- 意思決定ができない
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化

Litaker et al., Gen Hosp Psychiatry, 2001
Lawlor et al., Arch Intern Med, 2000
Inouye et al., N Engl J Med, 1999

対応力-38

せん妄は見落とされる

看護師の評価	患者 2,721名	
	せん妄あり 239名	せん妄なし 2,482名
せん妄あり	19%	4%
せん妄なし	81%	96%

経験に基づく評価では、
看護師はせん妄の70～80%を見落としている

Inouye et al., Arch Int Med 2001

対応力-44

DSTの紹介

Delirium Screening Tool (DST) : せん妄スクリーニング・ツール

「A : 意識・覚醒・環境認識のレベル」：7項目
「B : 認知の変化」：2項目
「C : 症状の変動」：2項目
の3系列・11下位項目から成る観察形式のアセスメント・ツール

各系列の下位項目が1つでも該当する場合、A → B → Cと進んでチェックし、最終系列Cで該当すれば、「せん妄の可能性あり」と評価される。

*このツールは、患者面接や病歴聴取、さらには家族情報などによって得られる全情報を用いて評価する。さらに、せん妄の症状は、1日のうちでも変転するため、DSTは、少なくとも24時間を振り返って評価する。

対応力-42

せん妄の予防・前駆症状

【発症因子の評価と対策】

- 1) 聴覚・視覚機能・移動能力低下の援助
: 補聴器、眼鏡等の補助具、リハビリ
- 2) 栄養状態（脱水）の管理
- 3) 睡眠障害の是正、不安、抑うつ緩和
- 4) 脳の画像検査、脳波検査の施行。血液生化学検査
- 5) 見当識障害の有無のチェック
- 6) 使用薬剤内容の検討：抗コリン作用薬、ベンゾジアゼピン(BZ)系の減量・中止

【前駆症状】

- 1) わずかな注意力の低下(計算間違い)、集中困難、記憶力低下、理解力低下
- 2) 見当識の障害
- 3) 睡眠の障害、悪夢
- 4) 落ち着きなさ、イライラやすさ、怒りっぽさ

対応力-45

術後のせん妄発症リスクの減少

身体的要因

- 表情・行動の観察から苦痛を評価する（鎮痛剤使用後の観察は綿密に行う）
- 全身状態の安定を図る
- 固定ベルトなどの皮膚発赤や痒みなどを防ぐ

心理的要因

- 眼鏡や補聴器の使用を早めに勧め、失見当の悪化を防ぐ
- 家族の協力を得て、心理的不安の軽減に努める
- 夜間の混乱を予防するために、照明に配慮する
- 定期的に運動をして拘束間を軽減する

対応力-47

ルート類の抜去に対する予防的対応

ルート類

- 目に触れないようにする（点滴台は頭部後方へ）
- 手が届かないようにする（尿道カテーテルは違和感が強く、健肢側にセットすると膝を曲げて手を届かせるため患側大腿面に這わせ、裾から出す。ドレインは腹帯で覆う）
- 尿道カテーテル屈曲による尿意切迫感は舌痛であるため、屈曲の確認を怠らない
- 手術翌日の覚醒した時間、朝方に抜去ことが多いため、その時間に訪室し説明を繰り返す

対応力-48

せん妄発症時の対応

- せん妄状態にあると、興奮して暴れる、転倒するなどの危険があるため、認知症の人の安全を確保することが先決になる
- 十分な観察を行うとともに、認知症の人のそばに寄り添い、認知症の人が不安を高めぬような姿勢で接する
- せん妄の原因となる身体状況や治療状況、生活リズム、認知症の人を取り巻く環境を見直して改善していくことでせん妄状態の緩和につながる

対応力-49

せん妄の治療・ケア

せん妄の直接的原因への対処（全身状態の安定）

- 水分・電解質、酸中毒などの保持、基礎疾患の治療
- 直接的原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的原因への対処（環境調整）

- 睡眠－覚醒パターンの改善
- 過剰な刺激や感覚遮断の改善
- 身体拘束や体動の制限の改善

薬物療法

- 専門医と相談し、鎮静目的で少量の抗精神病薬を投与する場合もある（第一選択として抗コリン作用のすくないハロペリドールが使用されることが多い）

対応力-50

せん妄への対応（まとめ）

- 認知症の高齢者は、せん妄を起こす可能性が高い、せん妄の発症を念頭において関わる必要がある
- せん妄は早期発見、早期対応が必要
- チームで関わる場合は、スケールなどを使用し正確に評価を行うことが重要
- せん妄への対応はチームによる医療が不可欠であり、特に、院内の共通理解と連携が重要

連携-4

管理者の役割の重要性

認知症の人に、いつでも安心して入院できるようにするためには、

- 安心して療養できる環境を整え
 - 必要な職員の研修を実施し
 - 院外の関係機関と積極的な連携を行う など
- 病院管理者としての意識・取り組みが重要となる。

認知症への対応ができることが、高齢者医療への対応力を高めることにつながる

連携-6

治療のアウトカムに与える影響（管理者の視点）

- 機能低下の独立因子 (Covinsky 2003)
- おそらく2つのphaseがある。一つは急性期疾患によるもの、もう一つは入院後に機能を維持改善できないこと (Sands 2003)
- 機能低下は様々な影響を及ぼすが、最終的にはベッドで休んでいる時間が長くなり、活動が制限されることになる
- 軽度認知機能障害の時点でも入院期間が 4-23日 長くなる (Erkinjuntti, Lyketsos 2000, Fields 1986, Fulop 1998)
理由: nursing home や residential への移行に調整を要するから
医療性の障害と院内感染の増加
- 認知症患者は、認知症のない患者と比べて入院死亡率が高い (Fields, 1986)
- 認知症の重症度と比例 (Sampson 2009)

連携-5

入院治療の問題点（管理者の視点）

- 多剤併用による弊害、複合的な医療性の障害を高率に生じる (Zekry 2008, Fields 1986)
- 看護師が介助に要する時間が3時間増える (Erkinjuntti, 1988)
- 採血が増える (Sampson 2006)
- 抑制が増える (Morrison 2000)
- 支持緩和療法の適応を医師が考えない、緩和ケアチームへ紹介しない (Sampson 2006)
- 疼痛の放置 (McCarthy 1997, Morrison 2000)

連携-7

認知症の人を受け入れるにあたって

- 認知症の人を受け入れるにあたり、現状を評価する（スタッフの意識、院内資源、院外の連携資源）
- 定期的に全職員を対象とした研修を行う
- 可能な限り身体拘束などの不自由な環境をつくらないケアを考える
- 必要に応じて、職員の配置や増員、環境の整備も検討する
- 必要な医療行為や手術・処置を行える環境を整える（院内のコンサルテーション・専門職への相談体制の仕組み）
- 認知症に関してリスクマネジメントを行う
- BPSDやコミュニケーションの困難さを理由に、認知症の人とその家族を差別しない

4. 研修実施形態等の検討

(1) 衛星通信研修の実施

昨年度事業の実施期間内では「90分講義のテキスト作成」と「1回のモデル研修の実施」にとどまったが、同時に、次年度（25年度）の日本看護協会の研修体系の“衛星通信研修”に同講義を取り入れる可能性が検討されていた。

それを引き継ぐ形で、本年度の研究班会議に先立ち、8月8～9日の日程で予定されていた日本看護協会の研修カリキュラム「217 高齢者の理解と認知症患者への対応（基礎編）」（衛星通信）のプログラムとの調整を行い、90分講義を実施することとなった。衛星通信研修では、神戸の研修センターを拠点として、全国31の受信会場で同時受講が可能であり、同講義は全国で2,113名が受講した。

事前調整、案内、当日の運営に亘って、日本看護協会神戸研修センター（保田センター長、足利教育研修部長、他皆様）には多大な協力を頂いた。

図表 2-7 衛星通信研修のプログラム（2日目抜粋）

「217. 高齢者の理解と認知症患者への対応(基礎編)」		
★ 衛 星 通 信 ★		
【研修目標】 超高齢化社会で増加し続ける認知症患者に適切に対応するため、高齢者特有の病態や認知症患者を正しく理解するとともに、一般病院における認知症患者のケアに必要な基礎知識を学ぶ。		
時間	講義形態 / 科目名	講師名(敬称略・所属施設名)
8月9日（金曜日）		
9:30～9:35	オリエンテーション	
9:35～11:05	講義＜認知症施策推進5ヵ年計画（オレンジプラン）の一環＞ ●病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修 ・知識 編：認知症の人の理解、認知症ケア ・対応力 編：アセスメント、対応力(事例を用いて) ・連携等 編：院内外の連携、管理者	遠藤 英俊 (国立長寿医療研究センター) 高原 昭 (三木市立 三木市民病院)
11:20～16:30 (昼休憩1時間含)	講義・一部演習) ●高齢者の生活を支える看護とその役割 ・高齢者の特徴と看護の視点 ・生活環境の調整と家族支援の重要性 ・高齢者ケア施設や在宅へつなぐ医療連携 ●事例から考える高齢者ケアの実際 ・高齢者のヘルスアセスメントと対応 ●質疑応答	鶴屋 邦江 (医療法人 川崎病院) など

(2) 研修実施方法の検討

研修の実施方法については、昨年度事業においても「都道府県・指定都市が行う集合研修」、「病院単位で行う研修」、「団体等が行う衛星通信等研修」の3パターンが検討された。昨年度は一般病院でモデル研修を実施、また、前述の通り日本看護協会の協力で衛星通信研修を実施した。（もともと、研修のカリキュラムや教材の検討が中心であったため、集合研修以外の細部の検討は行えなかった）

本年度の研究班では、オレンジプラン上の目標に向けて、それぞれの実施方法の取扱いや課題などを引き続いて検討した。研修内容については、一定の教材の提供を行うこと、次年度以降も伝達講習会を実施することなどが合意された。一方、団体実施の場合の修了者の人数把握や修了証の発行、また、病院単位での把握・評価等については、明確な整理までは至らなかった。

図表 2-8 実施方法別の取扱いや課題（研究会議資料）

	受講対象者	研修内容	研修実施方法等
1	受講申込者 ※主催者の案内による ※多職種○	講義 90 分 1 目的 10 2 対応 60 3 連携 20 ※演習は任意 （事業が提供する教材または講師が準備）	1.位置付け・取扱い ○都道府県・指定都市（以下、都道府県等）事業（実施要綱 第3） ○対象は病院勤務の医療従事者（多職種） ○講師は認知症サポート医または認知症看護認定看護師等 ○修了証は都道府県等の長が発行 ○修了者は個人単位で都道府県等が把握（厚労省への人数報告） 2.研修内容・教材 ○講義 90 分が基本カリキュラム ○演習は任意実施（下記課題参照） ○教材は、25 年度成果物（スライド+解説）を使用予定 ※25 年度は 24 年度成果物または伝達講習会（9/1）を使用 【課題】 ◎25 年度事業による演習教材の提供（事例の種類、教材の形式や内容など） ◎受講者個人の所属先機関の把握（要否）

	受講対象者	研修内容	研修実施方法等
2	病院単位研修 院内スタッフ ※病院による ※多職種○	講義 90 分 1 目的 10 2 対応 60 3 連携 20 ※演習は任意 (事業が提供する素材または講師が準備)	1.位置付け・取扱い ○都道府県・指定都市事業（実施要綱 第3） ○対象は病院勤務の医療従事者（多職種） ○講師は認知症サポート医または認知症看護認定看護師等 ※実施機関からの要請があれば都道府県等は講師派遣等の対応を行う ○実施機関ごとに、都道府県等は「講師、受講者、研修内容等」を把握する必要あり ○近隣の病院等との共同実施も可能 ○修了証は都道府県等の長が発行 ※病院長や法人理事長等ではない ○修了者は実施機関が都道府県等へ報告（都道府県等はそれを厚労省に報告） 2.研修内容・教材 ○講義 90 分が基本カリキュラム ○演習は任意実施（下記課題参照） ○教材は、25 年度成果物（スライド+解説）を使用予定 ※25 年度は 24 年度成果物または伝達講習会（9/1）を使用 【課題】 ◎25 年度事業による演習教材の提供（事例の種類、教材の形式や内容など） ◎受講者個人の所属先機関の把握（要否）
3	衛星通信（インターネット等）研修 団体会員中心 ※団体による ※多職種△	講義 90 分 1 目的 10 2 対応 60 3 連携 20 ※演習は任意	1.位置付け・取扱い ○職能団体は実施要綱上、委託以外は主体になれない ○対象は会員等の職種に限定される（可能性が高い） ○講師は認知症サポート医または認知症看護認定看護師等 ○インターネット等による実施の場合に受講者および受講状況の把握・確認が困難 ○修了証は団体の長等からの発行は困難 ○実施団体による修了者の報告ルートが不明確 2.研修内容・教材 ○講義 90 分が基本カリキュラム ○演習は任意実施（下記課題参照） ○教材は、25 年度成果物（スライド+解説）を実施団体に提供予定 ※25 年度（日看協）は 24 年度成果物を使用 【課題】 ◎25 年度事業による演習教材の提供（事例の種類、教材の形式や内容など） ◎受講者個人の所属先機関の把握を求めるか ◎研修実施の事前申請・通知をどこに行うか ◎講師の要請がある場合、どこが対応するか ◎修了者を厚労省に直接報告する場合、都道府県等による修了者把握をどう考えるか ◎修了証の発行主体（＝実施主体）をどう考えるか

(3) 25年度の実施状況と次年度以降の課題

本年度の都道府県・指定都市による研修の実施状況は図表 2-9 の通りである。13 都道府県、2 指定都市で実施され、年度内に 4,000 人弱の修了が見込まれている。先述の衛星通信研修の受講者と合計して、3月3日（最終の研究班会議）現在で、5,660 人が同研修を修了した。

図表 2-9 25年度の実施状況（都道府県・指定都市）

	自治体名	委託先	受講 予定	受講 者数	開催 回数	実施 時間数	演習 有無	研修形態等
1	北海道		50	200	1	210	○	認知症の人と家族の会の体験発表あり
2	千葉県		100	100	4	90		
3	東京都	認知症疾患医療センター（12カ所）	600	530	1~2	120	○	集合+出前(医療機関実施) 独自カリキュラムあり
4	新潟県		50	78	1	210	○	出前(中核病院を会場に近隣病院が集合)
5	愛知県	愛知県医師会	600	318	3	180	○	集合+出前
6	三重県		200	114	1	180	○	
7	京都府	京都府立病院協会 京都府看護協会	900	1,000	11	180+α	○	集合+出前
8	島根県		200	(予定)	2	120		出前予定 90分+連携について認定看護師講義
9	広島県	広島県病院協会	100	100	1	170	○	
10	山口県		100	(予定)	1	90+α	○	出前予定
11	高知県	高知県看護協会	200	150	2	360	○	
12	大分県	大分県医師会	300	350	1	120	○	出前(1時間×2回で実施)
13	鹿児島県	鹿児島県看護協会	400	400	2	150	○	看護リーダー研修を上乘せ研修 として別途実施
14	札幌市		100	172	1	210	○	北海道と共同開催
15	堺市		30	35	1	210	○	
			3,930	3,547				

次年度以降の課題としては、**職能団体等が実施する場合**について、研修内容の適合性判断や修了者人数の把握等の運営管理スキームの取扱いについて早急に整理しなければならない。

また、実施要綱上は任意実施と位置付けられる「**演習**」について、標準的な教材（模擬事例やファシリテーターマニュアルなど）をどのように提供するか、演習修了者に対して別途認定等を行うか、についても持越しの課題である。

さらに、オレンジプランの最終年度に行う**評価(効果測定)**に向けて、比較対象としての推進スタート時の評価（例えば一般病院の実態に関するアンケート等）を行うことも重要である。

IV 研修テキスト（PPTスライド）

i かかりつけ医認知症対応力向上研修

かかりつけ医 認知症対応力向上研修

1. かかりつけ医の役割 編
2. 診断と治療 編
3. 連携と制度 編

平成25年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編

25年度 報告書版

1

かかりつけ医認知症対応力向上研修 研修全体の目的・意義

- 認知症の人と家族の生活を支える知識と方法を習得する
- 早期発見・早期対応の重要性を理解する
- 認知症の診断、治療・ケア、連携に関する基本的な知識を習得する

25年度 報告書版

2

かかりつけ医の役割 編

ねらい：認知症の人や家族を支えるために
かかりつけ医ができることを理解する

到達目標：

- 認知症であることに気づき、受け入れることができる
- 必要に応じ専門機関を含めた他の医療施設を紹介できる
- 日常的な管理（認知症に対する治療薬の管理を含む）を行う
- 必要なサービスを把握しそこに家族をつなぐことができる
- 家族の負担を理解し、経過の説明ができ、不安を軽減できる
- 家族に、望まれる対応・すべきでない対応を指導できる

25年度 報告書版

3

[DVD-1]

かかりつけ医の役割

25年度 報告書版

4

<役割-1>

かかりつけ医とは

1. 開業医に対する昔からの名称（患者サイドからのネーミング）
2. 患者さんが選ぶ医師
3. 患者さんの生活を支える医師
4. プライマリ・ケア医、家庭医、GPと機能面では同じ
5. 専門的医療を柱として、一般的医療にも対応
6. 様々なタイプのかかりつけ医が存在（開業環境、専門科 など）

25年度 報告書版

5

<役割-2>

かかりつけ医に対する国民のニーズ

1. 身近であること（住み慣れた地域）
2. いつでも対応してくれる（休日、時間外）⇒ 相談機能
3. わかり易く十分な説明（治療法、病気）
4. 適切な紹介機能（医療連携）⇒ ふりわけ機能
5. 在宅医療の実践
6. 医療レベルが適正な水準を保っていること

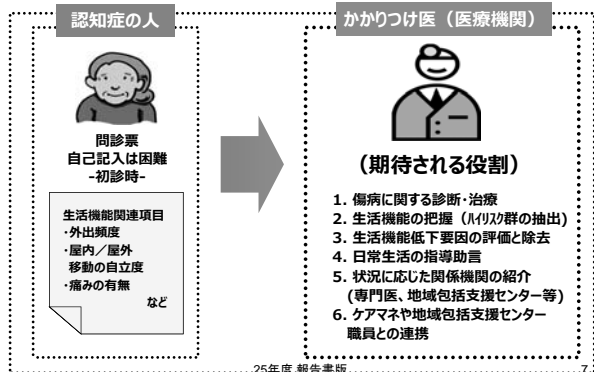
「認知症の専門家ではなくても、高齢者を診療しており、認知症への対応をしっかりと身に着けたいと思っている」医師

25年度 報告書版

6

<役割-3>

認知症の人とかかりつけ医



25年度 報告書版

<役割-4>

かかりつけ医の役割

- 認知症であることに気づくことができる
- 認知症の人を受け入れる
- 必要に応じ専門機関を含めた他の医療施設を紹介できる
- 日常的な管理 (認知症に対する治療薬の管理を含む) を行う
- 必要なサービスを把握しそこに家族をつなぐことができる
- 家族の負担を理解し、経過の説明ができ、不安を軽減できる
- 家族に、望まれる対応・すべきでない対応を指導できる

25年度 報告書版

8

<役割-5>

早期発見・早期対応の意義

- 認知症を呈する疾患のうち可逆性の疾患は、治療を確実に行うことが可能
- アルツハイマー型認知症であれば、より早期からの薬物療法による進行抑制が可能
- 本人が変化に戸惑う期間を短くでき、その後の暮らしに備えるために、自分で判断したり家族と相談できる
- 家族等が適切な介護方法や支援サービスに関する情報を早期から入手可能になり、病気の進行に合わせたケアや諸サービスの利用により 認知症の進行抑制や家族の介護負担の軽減ができる

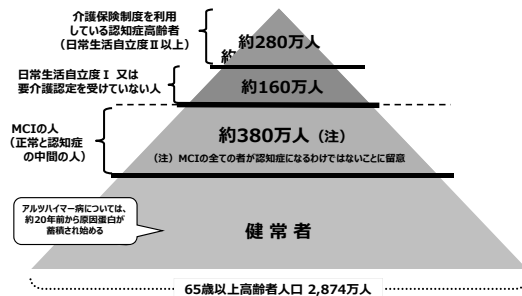
25年度 報告書版

9

<役割-6>

認知症高齢者の現状

- 認知症有病率推定値15%、認知症有病者数 約439万人 と推計 (平成22年)
- MCIの有病率推定値13%、MCI有病者数 約380万人 と推計 (平成22年) (MCI: 正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の間)状態の者)



65歳以上高齢者人口 2,874万人

出典:「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上の高齢者数について」(H24.8公表)を引用

<役割-7>

認知症施策の方向性について

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

認知症施策推進5か年計画(H25~29年度)

25年度 報告書版

11

<役割-8>

オレンジプランについて (かかりつけ医関連: 主なもの)

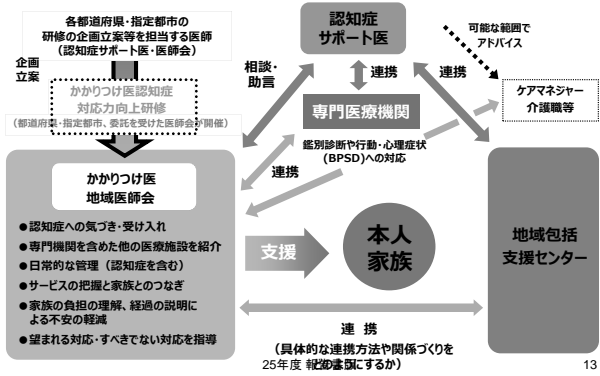
- 早期診断・早期対応
 - かかりつけ医認知症対応力向上研修の受講者数 (累計)
 - 平成24年度末 35,000人 ⇒ 平成29年度末 50,000人
 - 認知症サポート医養成研修の受講者数 (累計)
 - 平成24年度末 2,500人 ⇒ 平成29年度末 4,000人
 - 早期診断等を担う医療機関の数 (認知症医療支援診療所)
 - ⇒ 平成29年度 500か所整備
- 地域での生活を支える医療サービスの構築
 - 認知症の薬物治療に関するガイドラインの策定
 - 退院支援・地域連携クリティカルパス (退院に向けての診療計画) の作成
- 地域での日常生活・家族の支援の強化
 - 認知症の人やその家族等に対する支援
 - 平成25年度以降 「認知症カフェ」の普及など
- 医療・介護サービスを担う人材の育成
 - 一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講者数 (累計)
 - 25年度 報告書版 ⇒ 平成29年度末 87,000人

25年度 報告書版

12

<役割-9>

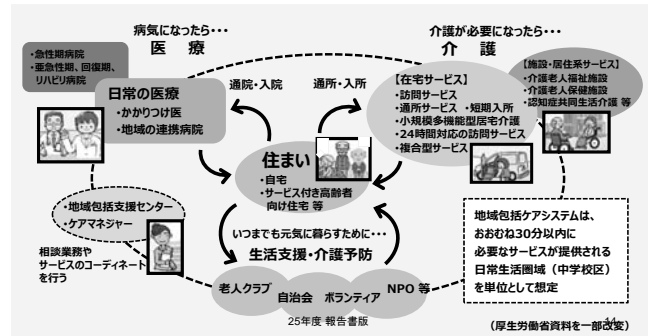
かかりつけ医が参画した 早期からの認知症高齢者支援体制



<役割-10>

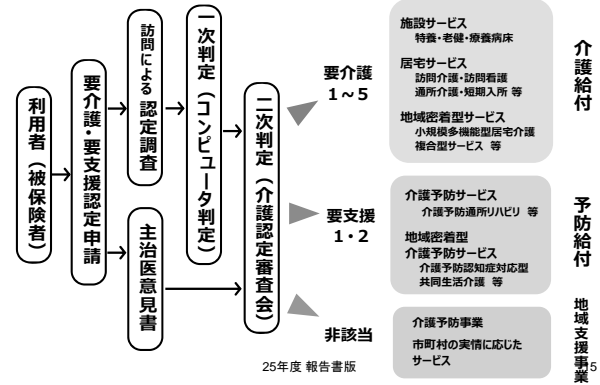
地域包括ケアシステム

住まい・医療・介護・予防・生活支援 が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる



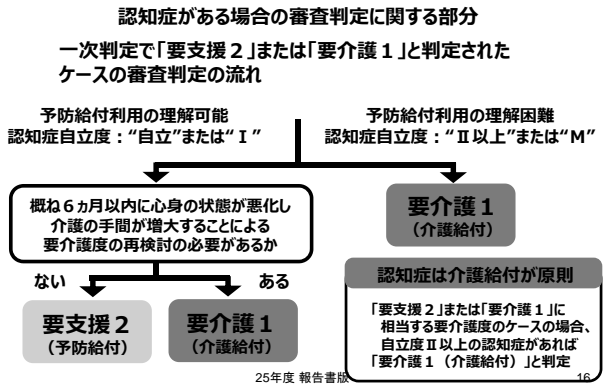
<役割-11>

介護保険制度の仕組み



<役割-12>

要介護認定の仕組み



<役割-13>

主治医意見書の役割

- 介護認定審査会における重要な資料
 - 医学的観点からの意見を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案できる
 - 介護の手間の程度や状況等について、具体的な状況の記入が求められる
- ケアプラン作成の情報源
 - 医学的観点からの意見や留意点などを客観的な情報としてアセスメントで活かす

<役割-14>

認知症症例の意見書①

項目	介護の手間を把握するための視点(例)
(1) 認知機能	・HDS-R 15/30 ・記憶と見当識の障害が高度 ・全く意思疎通ができない
(2) 日常生活活動	・薬の飲み忘れが多い ・トイレがわからず部屋の中で排泄する
(3) 行動・心理症状	・不安が強い ・ひとりで外出し戻って来られず警察に保護される
(4) 処方内容とその影響	・少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5) 現在受けている支援及び今後必要な支援	・現在デイサービスを週3回利用している ・今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある

<役割-15>

認知症症例の意見書②

項目	介護の時間を把握するための視点（例）
(6)生活環境	・独居 ・公園の4階に住んでいてあまり外出しない
(7)家族の状況と介護負担	・認知症の妻と二人暮らしである ・主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8)経過・頻度	・ADLは悪化しつつある ・徘徊の頻度は増加している
(9)現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性	・しばしば経済被害を受けている ・今後、家人へ暴力をふるう危険がある
(10)身体合併症	・肺炎を来したが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11)評価に際しての留意事項	・症状は1日のうちでも大きく変動している ・とりつくりのために正常にみられる

25年度 報告書版

19

<役割-16>

ADL×BPSDによる認知症日常生活自立度

		ADLのレベル				
		自立	家庭外で支障	家庭内で支障	介護が必要	常に介護が必要
BPSDの程度	なし	I	II a	II b	III a	IV
	日中を中心	III a	III a	III a	III a	IV
	夜間を中心	III b	III b	III b	III b	IV
	著しい精神症状等	M	M	M	M	M

25年度 報告書版

20

<役割-17>

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
 - *1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
 - *2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る
- 服薬の確認ができる
 - * 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる
- かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる
- 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる
- BPSDに関連する要因についての情報が得られる

25年度 報告書版

21

<役割-18>

かかりつけ医に求められる認知症の診療（まとめ）

- 認知症の人に 気づく
- 認知症の人を受け入れる
- 認知症の人の 家族を気遣い支える
- 地域でみる ことを意識する

どこまで診断し治療するかは、診療科や地域の資源等の状況によるが、今後は診断・治療が求められる。

25年度 報告書版

22

診断と治療 編

ねらい：認知症診断・治療の原則を理解する

到達目標：

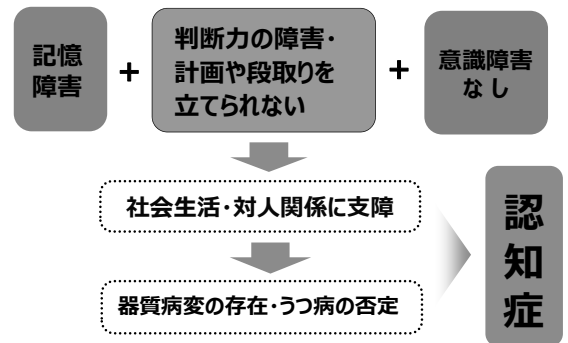
- 認知症の初期症状や日常生活上の行動の変化を説明することができる
- 認知症の診断の方法と手順を説明することができる
- 認知機能障害への薬物療法、行動・心理症状(BPSD)に対する対応の原則を説明することができる
- 治療開始にあたって、本人・家族への対応・支援のポイントを理解している

25年度 報告書版

23

<診断と治療-1>

認知症の診断基準（DSM）



25年度 報告書版
American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed text revision (DSM-IV-TR)

<診断と治療-2>

認知機能障害と行動・心理症状(BPSD)



25年度 報告書版

25

<診断と治療-3>

家族が最初に気づいた日常生活の変化

- 同じことを何回も言ったり聞いたりする
- 財布を盗まれたと言う
- だらしくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起き出して騒いだ
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

(n:123)

25年度 報告書版
東京都福祉局「高齢者の生活実態及び健康に関する調査・専門調査報告書」1995

26

<診断と治療-4>

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったとことがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

25年度 報告書版
東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われる認知症にかかりつづけるための痴呆の手引き」1999より引用/改変

[DVD-2]

認知症初期の発見とポイント

25年度 報告書版

28

<診断と治療-5>

DSM-IV-TR（米国精神医学会診断統計便覧第4版）による
アルツハイマー型認知症の診断基準

- 記憶を含む複数の認知機能障害
 - 社会的・職業的な機能の障害/病前の機能の著しい低下
 - ゆるやかな発症と持続的な認知機能の低下
 - A) の障害が下記によらない
 - 中枢神経系疾患（脳血管障害、パーキンソン病、ハンチントン病、硬膜下血腫、正常圧水頭症、脳腫瘍）
 - 全身性疾患（甲状腺機能低下症、VB12/葉酸/ニコチン酸欠乏症、高カルシウム血症、神経梅毒、HIV感染症）
 - 物質誘発性の疾患
 - せん妄の経過中にのみ現れるものではない
 - 障害が他の第1軸の疾患では説明されない
- 大うつ病性障害、統合失調症など

25年度 報告書版

29

<診断と治療-6>

アルツハイマー型認知症の症例（68歳・女性）

1年ほど前から前日のことを忘れることが多くなった。通帳や大切なもの
のしまい忘れが目立つようになり、物が見つからないときに夫のせいにする。
結婚した娘のところにも何度も電話してくるが、前にかけてきた内容を覚えて
いない。
買い物へは行くが、同じものを大量に買ってしまい 冷蔵庫内で腐らせて
しまう。料理もレパートリーが減り 3日続けて同じ料理を作った。
最近好きで通っていた絵画教室に いろいろな理由をつけては行かなくなった。

MMSE: 23/30

時間の見当識 1/5、場所の見当識 5/5、記録 3/3、集中・計算 5/5、
再生 0/3、言語 8/8、構成 1/1

診察場面では、今日は何月何日ですか？の問いに対し、“えーっと何月
でしたっけ”と夫のほうを振り返って尋ねる。今日は新聞もテレビも見て
こなかったからと言い訳する。

25年度 報告書版

30

<診断と治療-7>

レビー小体型認知症の診断基準①

1. 社会生活に支障がある程度の進行性認知症の存在
初期は記憶障害は目立たないこともあり、進行とともに明らかになる。
注意力、前頭葉皮質機能、視空間認知障害が目立つこともある。
2. 以下の3項目の中核症状のうち probable DLBでは2項目、possible DLBでは1項目が認められること
 - 1) 注意や覚醒レベルの明らかな変動を伴う認知機能の動揺
 - 2) 現実的で詳細な内容の幻視が繰り返し現れる
 - 3) パーキンソニズムの出現

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy Bodies(DLB). Neurology 65: 1863-1872,2005

<診断と治療-8>

レビー小体型認知症の診断基準②

3. DLBの診断を示唆する症状
 - 1) レム睡眠行動障害
 - 2) 重篤な抗精神病薬過敏
 - 3) PET、SPECTでの基底核におけるドパミントランスポータの減少
4. DLBの診断を支持する症状
 - 1) 繰り返す転倒と失神
 - 2) 一過性の意識障害
 - 3) 重篤な自律神経障害
 - 4) 幻視以外のタイプの幻覚
 - 5) 系統的な妄想
 - 6) うつ
 - 7) CT、MRIで側頭葉内側が保たれている
 - 8) SPECT・PETでの後頭葉の取り込み低下
 - 9) MIBG心筋シンチグラムの異常
 - 10) 脳波での徐波と側頭葉での一過性の鋭波

McKeith IG, Dickson DW, Lowe J et al :Diagnosis and management of dementia with Lewy Bodies(DLB). Neurology 65: 1863-1872,2005

<診断と治療-9>

レビー小体型認知症の例

主訴：意欲低下、動きが遅くなり眠ってばかりいる
 家族歴：特記すべきことなし
 現病歴：平成X年頃から夜中に大声をだす。

平成X+4年10月頃から 会話が筋道をたててできない。
 洋服がうまく着られない。機械を扱う仕事をしていても
 かかわらずカメラが使えない。覚まし時計があわせられない。
 1日中うとうと眠っているかと思うと易怒性あり。
 正常に戻ったかのように調子のよい日と全くなにもしない
 日がある。この頃から家の中に子供がいる、電線の上に
 女の人がいる、という。

平成X+6年1月 大学病院の神経内科に受診。筋固縮と
 歩行障害を指摘された。また、不眠を訴えるようになり、
 眠剤を投与されたところ、翌日の午前中まで起きなかつた。

25年度 報告書版

33

<診断と治療-10>

前頭側頭葉変性症の概念

1)定義：臨床的に認知症や種々の高次機能障害を呈し、画像所見で
 前頭葉と側頭葉に比較的限局した萎縮を呈する疾患群

2)分類： 前頭側頭葉変性症(FTLD)

- 前頭側頭型認知症(FTD)
- 進行性非流暢性失語症(PNFA)
- 意味性認知症(SD)

新分類：前頭側頭型認知症 (FTD)
 (2011)

- 行動障害型前頭側頭型認知症 (bvFTD)
- 言語障害型前頭側頭型認知症
 - 進行性非流暢性失語症 (PNFA)
 - 意味性認知症 (SD)

3)疫学： ・頻度：ADとの比は10分の1以下
 ・65歳以下の発症が多く、性差はない
 ・ときに家族歴を有することがある

25年度 報告書版

34

<診断と治療-11>

前頭側頭型認知症の病気の説明

1. 行動障害：発症は緩徐で、経過も緩徐進行性行動や
 品行の障害が早期から出現
 清潔さと整容の無視、社会性に対する関心の消失、
 脱抑制的行動、精神面での柔軟性の欠落、常同的、
 保続的行動、道具の強迫的使用、衝動的行動、
 注意力散漫、病識欠如
2. 感情障害：抑うつ、不安、自殺念慮、執着観念、妄想
 奇妙な自己身体への執着、無表情
3. 言語能力の障害：進行性の発語の減少、常同言語
 反響言語と保続
4. 空間認知と習慣は保たれる

25年度 報告書版

35

<診断と治療-12>

前頭側頭型認知症 (62歳・女性)

主 訴：異常行動
 家族歴：姉が認知症
 現病歴：平成X年4月頃から 不眠、7月頃から無口になった。本来は
 社交的でおしゃれな性格だったが、家族とも口をきかなくなかった。

平成X+2年6月頃から 異常行動出現
 ●安全ピンを1日に何回も買いにいき、お金を払わずに帰ってくる。
 ●スーパーのビニール袋を隙隙なく引っ張り出す。
 ●全裸で洗濯物を乾かす。
 ●ヘアドライヤーで洗濯物を乾かし続ける。
 ●他人のゴミ袋に自分の家のゴミをいれる。

これらの異常行動を夫が非難すると反抗的になり暴力をふるった。
 平成X+2年10月 銀行から大金をおろしてしまい、どこへしまったかわか
 らない。部屋の中は泥棒が荒らしたかのように散らかっている。
 夫が片づけても再び散らかす。

平成13年1月 初診 神経学的に特記すべき所見なし。MMSE 19/30
 病識は全くなく、夫の言っていることはすべて嘘であると言いきる

<診断と治療-13>

NINDS-AIRENによる 血管性認知症の診断基準

1. 認知症
 - a. 記憶障害および認知機能に障害があること
 - b. それらは神経心理検査で裏づけされたうえで診察で証明
 - c. これらが脳卒中による身体的ハンディキャップによらない
2. 脳血管障害
 - a. 脳血管障害による局在徴候が神経学的検査で認められる
 - b. 脳画像検査で対応した脳血管性病変がみられること
3. 認知症と脳血管障害との関連

(a, b. が単独でみられるか両者が見られる場合)

 - a. 脳卒中発症後3ヶ月以内の認知症発症
 - b. 認知機能の急速な低下、あるいは認知機能障害の動揺性あるいは階段状の進行

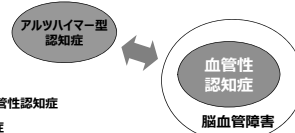
Román GC et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies-Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993; 43: 250-260

<診断と治療-14>

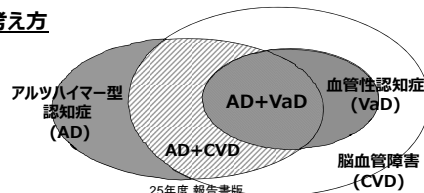
血管性認知症の考え方の変化

これまでの考え方

- ・脳卒中の既往があれば 血管性認知症
- ・画像で脳梗塞を指摘されれば 血管性認知症
- ・画像で無症候性脳梗塞を指摘されても 血管性認知症
- ・運動麻痺や構音障害があれば 血管性認知症



最近の考え方



25年度 報告書版

38
長田の図を改変

<診断と治療-15>

画像診断の目的

1. 除外診断

脳出血や慢性硬膜下血腫、脳腫瘍といった他の疾患によって、認知症症状が引き起こされていないかどうかを除外診断
 2. 認知症の病型診断の補助
 3. 軽度認知機能障害 (MCI) が認知症に移行しやすいかどうかの指標
- ※ 薬剤の効果判定のバイオマーカーとしての役割
... 今後期待されるが現時点では探索的段階

25年度 報告書版

39

<診断と治療-16>

代表的疾患の画像鑑別診断のポイント

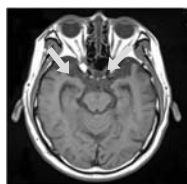
	AD アルツハイマー型	DLB レビー小体型	FTD 前頭側頭型	VaD 血管性
MRI CT	海馬、側頭葉の萎縮 (初期には目立たない)	海馬の萎縮	前頭葉の萎縮	両側視床、側頭葉梗塞 多発する皮質下梗塞 高度の白質病変
SPECT FDG-PET	頭頂側頭連合野 後部帯状回 楔前部 前頭葉	頭頂側頭連合野 後頭葉	前頭葉 頭頂側頭連合野 (ADに比べて軽い)	血管障害の病巣により一定の傾向をもたない
その他		・MIBG心筋シンチで取り込み低下 ・DATスキャンでのトバミントランスポーター取り込み低下		

25年度 報告書版

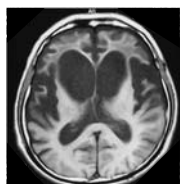
40

<診断と治療-17>

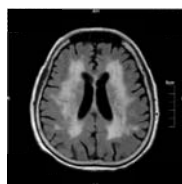
認知症各病型の典型的なMRI画像



アルツハイマー型
認知症
(側脳室下角の開大と海馬の萎縮)



前頭側頭型
認知症



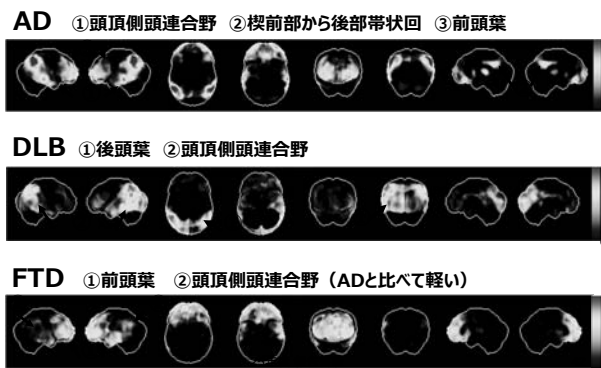
血管性認知症

25年度 報告書版

41

<診断と治療-18>

認知症各病型の典型的なSPECTパターン



<診断と治療-19>

MCI (Mild Cognitive Impairment)

1. 記憶障害の訴えが本人または家族から認められている
2. 日常生活動作は正常
3. 全般的認知機能は正常
4. 年齢や教育レベルの影響のみでは説明できない記憶障害が存在する
5. 認知症ではない

(Petersen RC et al. Arch Neurol 2001)

MCIに関する19の縦断研究を検討した結果、平均で年間約10%が認知症に進展

(Bruscoli M et al. Int Psychogeriatr 2004)

25年度 報告書版

43

<診断と治療-20>

MCIの人への対応

本人と家族の

「将来認知症になってしまうのではないかと不安に

応えていくこと

「認知症ではないのだから病気ではない、だから、病院へもかかる必要はない。」

という誤解に対応していくこと

- 病態に対する徹底的な知識教育
- 経過観察の重要性の説明

25年度 報告書版

44

<診断と治療-21>

MCIの人への対応②：何をどう伝えるか

- 地域在住の65歳以上の軽度認知障害の有病率は約13%と考えられており、決してまれな状態ではないことを伝える。
- 一方、もの忘れ外来受診者では、年間10～15%が認知症に移行すると考えられており、現時点では認知症ではないが、将来認知症に移行するリスクの高い群であり、そのため通院して慎重な経過観察が必要であることを本人・家族に明確に伝える。
- 5年経過しても半数は認知症に移行しないこと、逆に回復する例もあることを話し、必要以上に認知症になる不安をかきたてるような説明は避けたほうがよい。

25年度 報告書版

45

<診断と治療-22>

MCIの人への対応③：薬物療法は？

- コリンエステラーゼ阻害薬やメマンチンが認知症へのコンバートを防ぐというエビデンスはない。
- 厳密に言えば保険適応ではない。

Doody RS et al. Donepezil treatment of patients with MCI : a 48-week randomized placebo-controlled trial. Neurology 72 : 1555-1561, 2009

25年度 報告書版

46

[DVD-3]

認知症の問診とアセスメント

25年度 報告書版

47

<診断と治療-23>

認知機能障害のアセスメント

- 記憶障害
予め家族から情報を聴き、本人に質問
- 見当識障害
年月日など本人に質問
- 判断・実行機能障害
家族からの情報と本人への質問
- 失語・失行・失認
神経学的診察、あるいは家族からの情報

25年度 報告書版

48

<診断と治療-24>

記憶障害のアセスメント

- 最近の記憶
 - ・食事の内容
 - ・受診の交通手段、目的
 - ・家族との外出など
- 昔の記憶
 - ・生年月日
 - ・出生地
 - ・学校時代の話など

について、予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する

25年度 報告書版

49

<診断と治療-25>

見当識障害のアセスメント

(通常は質問式)

- 今日の年月日、曜日、午前・午後
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識
- 家族の認識

25年度 報告書版

50

<診断と治療-26>

判断・実行機能障害のアセスメント

- 家族からの情報
 - ・気候にあった服を着ているか
 - ・適切に着替えをしているか
 - ・雨天時に傘をもっていか
 - ・料理の味付けはどうか
 - ・いつも同じ料理ばかりではないか
- 本人への質問
 - ・火事に出会ったらどうするか
 - ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

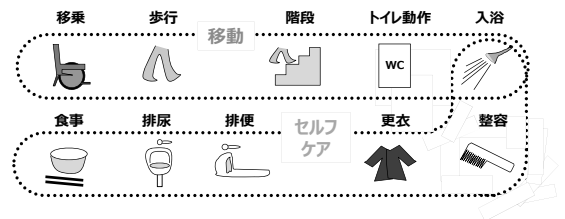
25年度 報告書版

51

<診断と治療-27>

ADLのアセスメント

● Barthel Index



- Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度(DAD) (Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

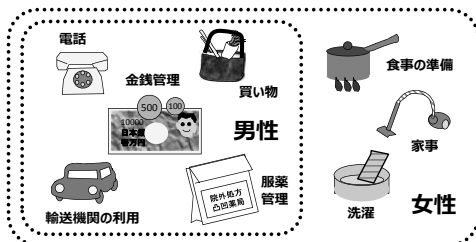
25年度 報告書版

52

<診断と治療-28>

IADLのアセスメント

● IADL(Lawton) = 独居機能の評価



- 認知症のための障害評価尺度 (Disability Assessment for Dementia : DAD)

25年度 報告書版

53

<診断と治療-29>

FAST による重症度のアセスメント (アルツハイマー型認知症)

1. 正常	
2. 年相応	物の置き忘れなど
3. 境界状態	熟練を要する仕事の場面では、機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難。
4. 軽度のアルツハイマー型認知症	夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. 中等度のアルツハイマー型認知症	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとか、なだめずかして説得することが必要なこともある。
6. やや高度のアルツハイマー型認知症	不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁。
7. 高度のアルツハイマー型認知症	最大約 6 語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ 1 つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡。

25年度 報告書版 et al: Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 1984; 435 481-483

[DVD-4]

認知症と間違えやすい症状

25年度 報告書版

55

<診断と治療-30>

うつ病とアルツハイマー型認知症の臨床的特徴

	うつ病 ※	アルツハイマー型認知症
発症	週か月単位、何らかの契機	緩徐
もの忘れの訴え方	強調する	自覚がない、自覚あっても生活に支障ない
答え方	否定的答え（わからない）	つじつまをあわせる
思考内容	自責的、自罰的	他罰的
失見当	軽い割にADL障害強い	ADLの障害と一致
記憶障害	軽い割にADL障害強い 最近の記憶と昔の記憶に差がない	ADLの障害と一致 最近の記憶が主体
日内変動	あり	乏しい

※うつ病については、DVD資料（付録）を参照

56

<診断と治療-31>

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持続	数時間～一週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与しない

25年度 報告書版

57

<診断と治療-32>

せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤

- アルコール、薬物または薬物中毒
- 感染症、特に肺炎と尿路感染症
- 脱水状態および代謝異常
- 感覚遮断（環境変化）
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会
：プライマリケアのためのBPSDガイド、アルタ出版、2005 を一部改変

主な薬剤

- ・抗パーキンソン病薬
- ・抗コリン薬
- ・抗不安薬
- ・抗うつ薬
- ・循環器用薬（ジギタリス、βブロッカー、利尿薬）
- ・H2受容体拮抗薬
- ・抗癌薬
- ・ステロイド

25年度 報告書版

58

<診断と治療-33>

外来時の対応

【初診時】

- 本人が一人で受診した場合
 - ・もの忘れの訴えをむやみに否定しないで相談にのり、状況に応じて精査するか、専門医に紹介する
- 家族と一緒に受診した場合
 - ・本人が受診について納得している場合は、通常の手順で診察する
 - ・本人が十分納得していない場合は、まず、本人とゆっくり話して気持ちを聴き、診察の同意を得てから診察する

【通院中】

- かかりつけ医が本人の様子で気づいた場合
 - ・家族などから情報を集めて、本人の了解を得た上で精査するか、専門医に紹介する

25年度 報告書版

59

<診断と治療-34>

認知症の問診の方法

1. 本人と家族（あるいは付添人）それぞれから聴取する
2. 本人の身体的および精神的な訴えに耳を傾ける
3. 認知機能の評価をする際に、自尊心を傷つけないように配慮する
4. 身体合併症に関する問診には、各人の認知機能障害の特徴を考慮する
5. 本人や家族の「生活障害」にも焦点をあて情報を収集する
6. ケアマネジャーや訪問看護師などからも情報を収集する（介護保険利用時）
7. 現在の服薬内容について情報を収集する

25年度 報告書版

60

<診断と治療-35>

認知症診療に必要な一般身体所見

- 血圧
- 脈拍
- 体温
- 貧血
- 黄疸
- 浮腫

25年度 報告書版

61

<診断と治療-36>

認知症診療で注意すべき身体疾患

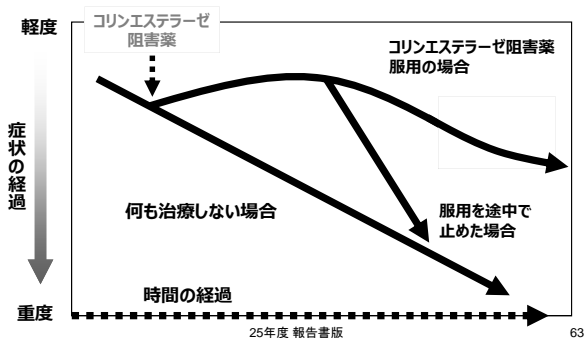
- 脳血管障害 ● 慢性硬膜下血腫
- 同不全症候群
- 逆流性食道炎 ● 胃潰瘍
- 誤嚥性肺炎 ● 腸閉塞
- 大腿骨頸部骨折
- 褥瘡 ● 蜂窩織炎 ● 疥癬 ● 帯状疱疹
- 耳垢栓塞

25年度 報告書版

62

<診断と治療-37>

アルツハイマー型認知症の臨床症状の経過とコリンエステラーゼ阻害薬の効果



25年度 報告書版

63

<診断と治療-38>

コリンエステラーゼ阻害薬の特徴

	ドネペジル	ガランタミン	リバスチグミン
作用機序	AChE* 阻害 *アセチルコリンエステラーゼ	AChE阻害/ ニコチン性ACh 受容体刺激作用	AChE阻害/ BuChE* 阻害 *ブチルコリンエステラーゼ
病期	全病期	軽度～中等度	軽度～中等度
一日用量	5-10mg	8-24mg 液剤あり	4.5-18mg 貼付剤
初期投与方法	3mgを1-2週投与後 5mgで維持	8mgで4週投与後 16mgで維持	4週ごとに4.5mgずつ 増量し18mgで維持
用法	1	2	1
半減期	70-80	5-7	10
代謝	肝臓	肝臓	腎臓
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)	グレードA (行うよう強く勧められる)

<診断と治療-39>

コリンエステラーゼ阻害薬の使用上の注意点

1. アルツハイマー型認知症に使用
2. 洞不全症候群、房室伝導障害は要注意
投与前に心電図をとることが望ましい
3. 気管支喘息、閉塞性肺疾患の既往
4. 消化性潰瘍の既往、非ステロイド系消炎剤使用中の場合
5. 消化器症状出現時は減量・中止を検討

… 重大ではないが頻度の高い副作用 …

食欲不振、嘔気
嘔吐、下痢、便秘、腹痛
興奮、不穏、不眠、眠気
徘徊、振戦、頭痛
顔面紅潮、皮疹
パッチ剤では貼付部位の発赤

65

<診断と治療-40>

メマンチンの特徴

	メマンチン
作用機序	グルタミン酸受容体の拮抗薬
病期	中等度～高度
一日用量	20mg 5mg から 毎週漸増
用法	1
代謝	肝臓
推奨度	グレードA (行うよう強く勧められる)

25年度 報告書版

66

<診断と治療-41>

メマンチンの使用上の注意点

- 副作用：・浮動性めまい
 - ・便秘
 - ・体重減少
 - ・頭痛
 - ・傾眠
- チトクロームP450による代謝を受けにくい薬物相互作用が少ない

25年度 報告書版

67

<診断と治療-42>

投薬に際して注意すべきこと

- 薬の保管・管理と定期的な服薬ができること
(本人または介護者が行う)
- 薬の効果と副作用の観察が行えること
(本人が独居の場合は訪問看護や訪問介護などを利用して適宜支援と確認ができる)
- 定期的な受診と服薬指導が受けられること

25年度 報告書版

68

<診断と治療-43>

行動・心理症状(BPSD)に対する対応

- 身体疾患の有無のチェックと治療
(脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善
(騒音、不適切なケアなど)
- 介護サービスの利用

改善がみられない場合は、

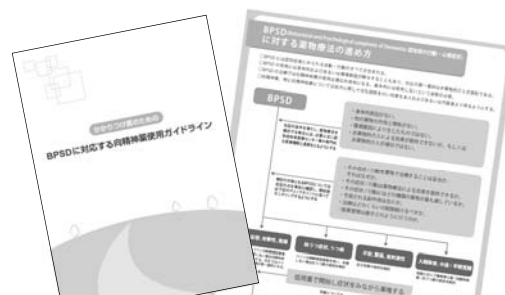
- ガイドラインに沿った薬物治療
- 専門医に紹介

25年度 報告書版

69

<診断と治療-44>

BPSDに対する薬物療法のガイドライン



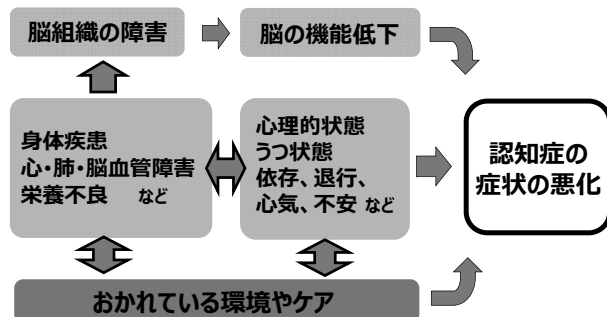
かかりつけ医のための BPSDに対応する向精神薬使用ガイドライン
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000036k0c.html>

25年度 報告書版

70

<診断と治療-45>

認知症の症状に影響する要因



25年度 報告書版

Wells CE,1977

[DVD-5]

認知症の治療とケア

25年度 報告書版

72

<診断と治療-46>

外来フォローのときの注意点

- 介護者に同伴してもらうこと
- 問診では ここ2~3カ月の状況を聴く
- 認知機能検査は定期的の実施
- 行動・心理症状(BPSD)がないか
- 身体疾患（発熱、痛み など）に気をつける
- 家族の介護負担を常に考慮する
- コリンエステラーゼ阻害薬等を処方している場合、副作用に注意
- 地域の医療・介護資源の情報（相談先・連絡先）をもっていること

25年度 報告書版

73

<診断と治療-47>

治療期間における視点

1. 本人は強い不安の中にいることを理解して接する
2. より身近な者に対して、認知症の症状がより強く出ることが多いという認識で接する
3. 感情面は保たれているという認識で接する
4. 認知症の症状は基本的に理解可能として接する
5. いつもと様子が違うと感じたら、身体合併症のチェックを

25年度 報告書版

74

<診断と治療-48>

認知症の人への支援

- もの忘れがあっても充実感を持ち、安心して暮らせるように、できる限りの治療や支援を行うことを本人に伝える
- もの忘れを自覚する辛さを受け止め、残された能力が十分あることを伝える
- 本人の前での、家族への病状説明は慎重に行う
- 家庭の中で何らかの役割を持ってもらうこと、社会参加や介護保険サービスの利用をすすめる
- 身体疾患を早くに見つけて治療をする

25年度 報告書版

75

<診断と治療-49>

家族への支援

- 専門医やケアマネジャー・ケアスタッフなどと協力し、認知症の人と家族を支えることを伝える
- 介護保険サービスなどの社会資源の活用を勧める
- 症状の変化や介護の状況、家族の不安などについて傾聴する
- 家族の会など、介護仲間を紹介する
- 身体疾患の治療は、治療薬の投与回数を減らす、訪問診療や往診を行う、など 介護者の負担の少ない方法をとる

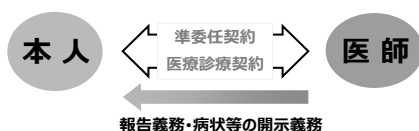
25年度 報告書版

76

<診断と治療-50>

認知症の説明(告知)と法的な取扱い

- ① いつのタイミングで
- ② どのような内容で
- ③ 誰に、そして 説明(告知)の後
- ④ どうフォローするか？



告知：本人の自己決定権を保障するための情報開示の役割

(どのような治療や介護サービスが法的支援を受けられるのか)

77

連携と制度 編

ねらい：認知症の人を支えるための医療・介護、地域が連携した生活支援の重要性を理解する

到達目標：

- 認知症の人を地域の連携体制で支える仕組みとかかりつけ医の役割について理解する
- 介護保険制度で利用できるサービスについて、本人・家族に説明することができる
- 成年後見制度・高齢者虐待防止法等の権利擁護の仕組みの概要を説明することができる

25年度 報告書版

78

<連携と制度-1>

「多職種連携」のかかりつけ医にとっての意味（再掲）

- 生活状況に関する具体的・客観的な情報を得られる
 - * 1 特に、今後増加が予想される独居の認知症高齢者ではケアマネジャーを含めた介護職員からの情報は欠かせない。特にアルツハイマー病では“取り繕い”が特徴であるため、本人以外から情報を得る必要がある。
 - * 2 本人との診察場面で、生活状況を把握できていれば、本人の訴えに振り回されることが減る
- 服薬の確認ができる
 - * 生活習慣病の治療薬を含め、診察室のなかでは服薬確認はできないが、介護職員であれば服薬の確認ができる
- かかりつけ医が生活上の課題を把握していると、治療に関する本人・家族の満足度がより上がる
- 生活状況がわかれば、より具体的に薬剤の副作用の説明ができる
- BPSDに関連する要因についての情報が得られる

25年度 報告書版

79

[DVD-6]

連携の意義と実際

25年度 報告書版

80

<連携と制度-2>

サービス担当者会議でのかかりつけ医の役割

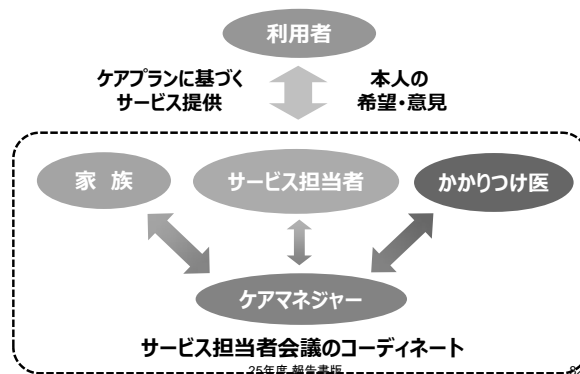
- 傷病に関わる身体状況等の情報提供
- 傷病の経過、投薬内容副作用等の注意事項
- 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針についての具体的指示
- 日常生活上の医学的な注意事項（特に介護サービス提供時の留意事項）

25年度 報告書版

81

<連携と制度-3>

ケアマネジャーとの連携



25年度 報告書版

82

<連携と制度-4>

ケアマネジャーがかかりつけ医に望むこと

- 認知症の早期発見
- 専門医療機関との連携
- 他科受診の紹介と連携
- 疾病や体調管理面での指示・指導
- 服薬管理上の注意や薬の副作用の指導
- ケアプランへのアドバイスと共通理解
- 家族への共感

25年度 報告書版

83

<連携と制度-5>

訪問看護との連携

- 身体疾患の観察と看護
- 服薬管理
- 本人の症状観察
- リハビリテーション
- 介護者への心理的サポート

25年度 報告書版

84

<連携と制度-6>

社会福祉士・介護福祉士等の役割

社会福祉士

- 権利擁護
- 受診援助
- 家族支援
- 地域の見守り体制の構築

介護福祉士(ホームヘルパー・介護職員含む)

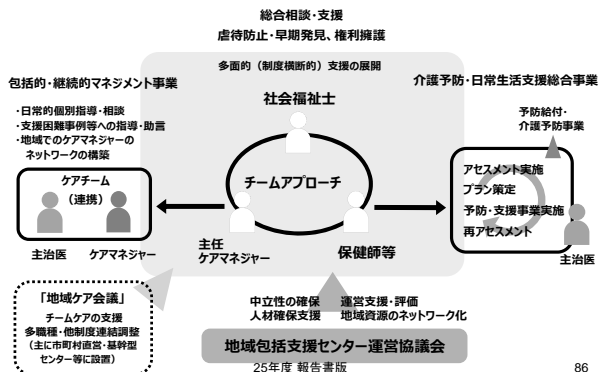
- 身体介護等のケアの提供
- 服薬確認や生活リズム維持の支援
- 緊急時の医療サービスへの連携

25年度 報告書版

85

<連携と制度-7>

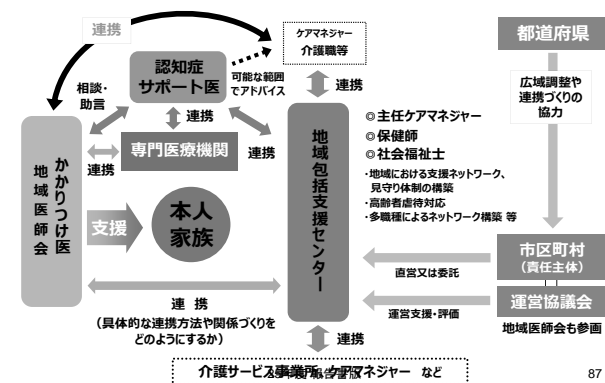
地域包括支援センター



86

<連携と制度-8>

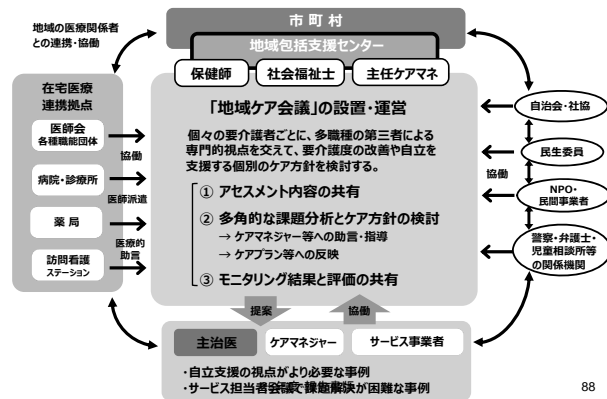
地域包括支援センターとの連携



87

<連携と制度-9>

地域ケア会議



88

<連携と制度-10>

専門医がかかりつけ医に望むこと(情報)

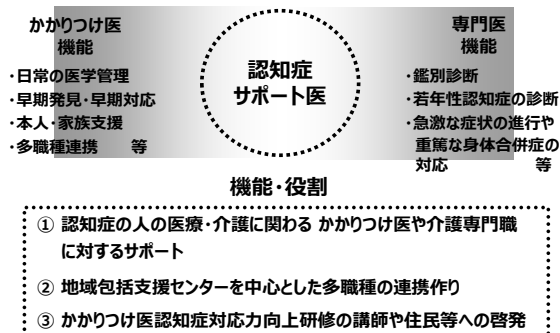
- 施行してあれば CTやMRI の貸し出し
- アルツハイマー病治療薬を処方していれば、使用開始後の変化の有無
- 施行してあれば 認知機能検査の結果 (得失点のプロフィールも重要なのでコピー添付が望ましい)
- 現在内服中の薬剤
- 身体疾患について
- 介護保険サービス利用の状況

25年度 報告書版

89

<連携と制度-11>

認知症サポート医の機能・役割

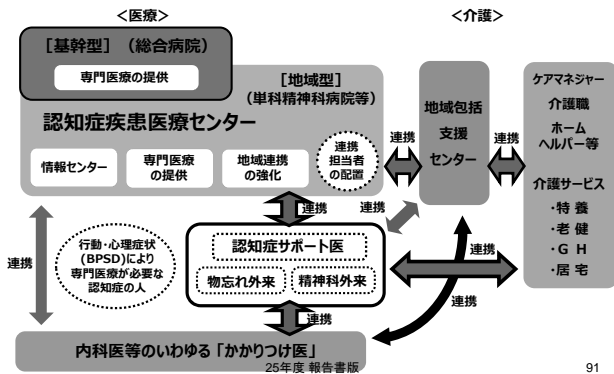


25年度 報告書版

90

<連携と制度-12>

認知症疾患医療センターの機能と連携



91

<連携と制度-13>

認知症の人の医療とケアの目標

- 1 : 生活機能の1日でも長い維持
- 2 : 行動・心理症状(BPSD)の緩和
- 3 : 家族の介護負担の軽減

日本老年医学会ニュース2015年(夏)報告書 認知症の医療と介護 総合的機能評価の観点から より抜粋

<連携と制度-14>

認知症高齢者ケアの基本
～ 尊厳を支えるケアの確立 ～

認知症高齢者の特性

- ・記憶障害の進行と感情等の残存
- ・不安・焦燥感
⇒行動障害の引き金
- ・環境適応能力の低下
(環境変化に脆弱)

生活そのものを
ケアとして組み立てる

- ・環境の変化を避け、生活の継続性を尊重
- ・高齢者のペースでゆっくりと安心感を大切に
- ・心身の力を最大限に引き出して充実感のある暮らしを構築

25年度 報告書版 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003,90

<連携と制度-15>

認知症高齢者ケアの基本
～ サービスのあり方 ～

望ましい条件

- ・小規模な居住空間
- ・家庭的な雰囲気
- ・なじみのある安定的な人間関係
- ・住み慣れた地域での生活の継続

普遍化に向けた展開

- ・グループホーム
- ・小規模・多機能ケア
- ・施設機能の地域展開
- ・ユニットケアの普及
- ☆事業者・従事者の専門性・資質の確保向上

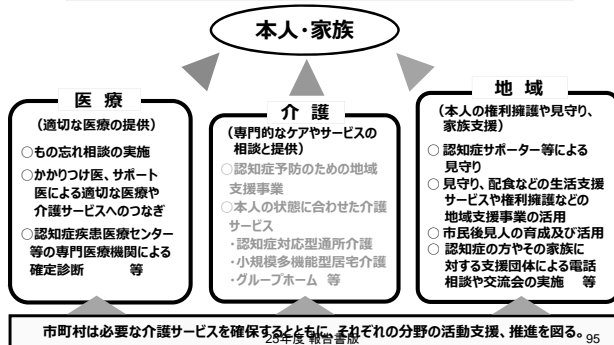
終末期を視野に入れた生活に配慮した医療サービス

25年度 報告書版 高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護」2003より一部改変 94

<連携と制度-16>

認知症の人への支援体制
～医療・介護・地域の連携～

認知症の人やその家族の暮らしを支えるサービスは多方面にわたり展開



25年度 報告書版 市町村は必要な介護サービスを確保するとともに、それぞれの分野の活動支援、推進を図る。95

<連携と制度-17>

相談窓口

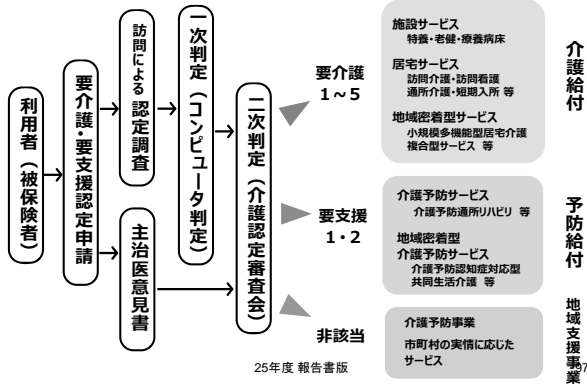
- 地域包括支援センター
- もの忘れ外来 (相談可能な)
- 保健所・保健センター
- 精神保健福祉センター
- 認知症疾患医療センター
- 市町村、福祉事務所、社会福祉協議会
- 若年性認知症コールセンター
- 認知症の人と家族の会
- その他

25年度 報告書版

96

<連携と制度-18>

介護保険制度の仕組み（再掲）



25年度 報告書版

<連携と制度-19>

介護給付（介護保険サービス）

- **居宅サービス**
訪問サービス、通所サービス
短期入所サービス、福祉用具貸与サービス
福祉用具と住宅改修に関する費用支給 など
- **地域密着型サービス**
定期巡回・随時対応型訪問看護
複合型サービス（小規模多機能+訪問看護）
小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護（グループホーム） など
- **施設サービス**
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、
介護療養型医療施設（～H30.3末）

98

<連携と制度-20>

予防給付と地域支援事業

- **予防給付**
高齢者の自立支援に資するような日常生活上の支援のほか、
・運動器の機能向上（ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など）
・栄養改善（低栄養状態、体重減少の改善など）
・口腔機能向上（口腔ケア、嚥下訓練）
・アクティビティ（集団レクリエーション、創作活動等による機能訓練など）
- **地域支援事業**
二次予防事業（要支援・要介護になるおそれのある高齢者が対象）
・運動器の機能向上（ストレッチング、バランストレーニング、筋力向上など）
・栄養改善（低栄養状態、体重減少の改善など）
・口腔機能向上（口腔ケア、嚥下訓練）
・閉じこもり、認知機能の低下、うつ の予防・支援
一次予防事業（地域の高齢者全体が対象）
・介護予防に関する普及啓発など
- **介護予防・日常生活支援総合事業（H24.4～）**

25年度 報告書版

99

<連携と制度-21>

地域密着型サービス

1. 市区町村長が事業者の指定・指導監督
 2. 原則、市区町村の被保険者が利用可能
 3. 住民に身近な生活圏単位で整備
 4. 地域ごとの指定基準、介護報酬が設定可能
- 定期巡回・随時対応型訪問看護
 - 夜間対応型訪問看護
 - 認知症対応型通所介護
 - 小規模多機能型居宅介護
 - 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
 - 地域密着型特定施設入居者生活介護（29名以下）
 - 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護（29名以下）
 - 複合型サービス（小規模多機能型居宅介護+訪問看護）

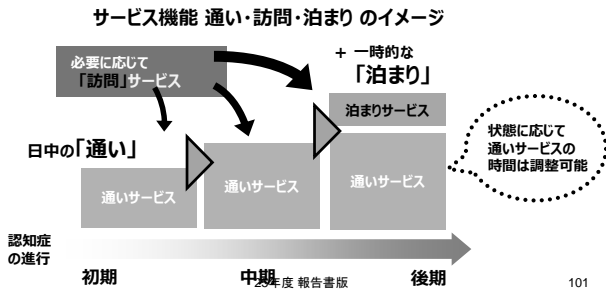
25年度 報告書版

100

<連携と制度-22>

小規模多機能型居宅介護

通いを中心に、要介護者の様態や希望に応じて、随時訪問や泊まりを組み合わせてサービスを提供し、中重度になっても在宅生活が継続できるように支援



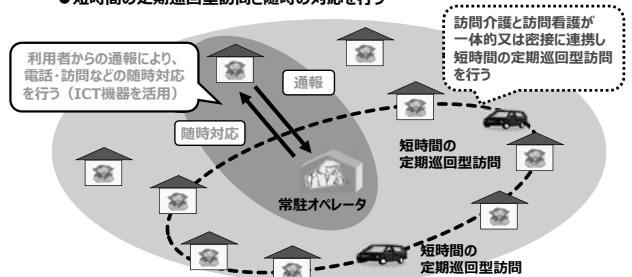
25年度 報告書版

101

<連携と制度-23>

定期巡回・随時対応型訪問看護看護

- 日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が一体的または密接に連携
- 短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う



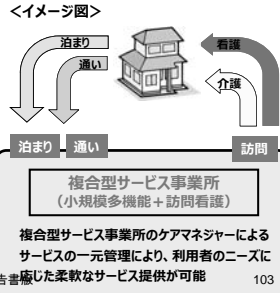
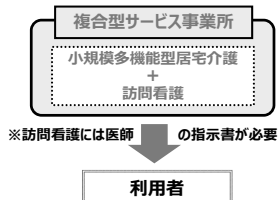
- ※ 訪問看護についての医師の指示書が必要であり、地域の医療機関との連携が重要
- ※ 地域密着型サービスとして位置づけ、地域が主体となり圏域ごとサービスを整備

102

<連携と制度-24>

複合型サービス

- 複数の居宅・地域密着型サービスを組み合わせ提供するサービスを創設（平成24年度～、まずは小規模多機能型居宅介護と訪問看護）
- 利用者は、医療・看護ニーズにも対応した小規模多機能型サービスなどを利用できるようになる

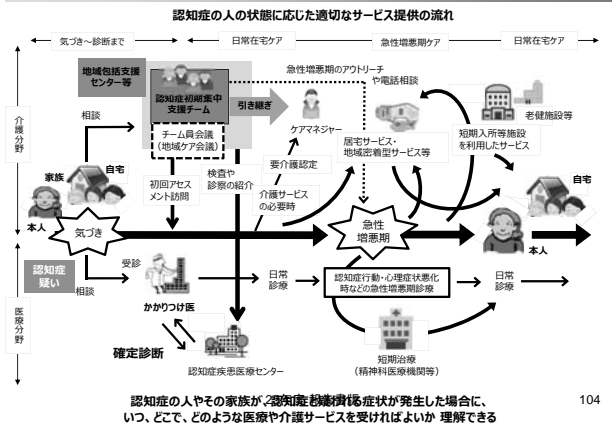


25年度 報告書版 103

<連携と制度-25>

認知症ケアパス

認知症室

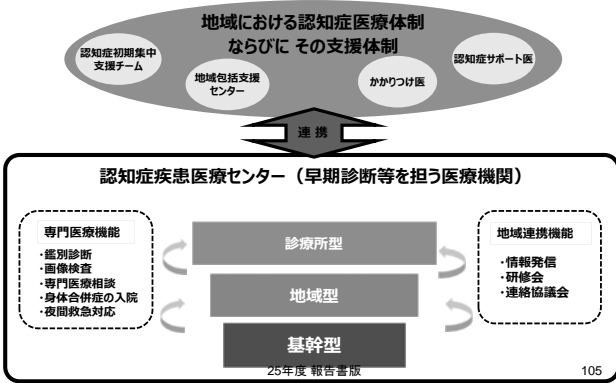


認知症の人やその家族が認知症の病状が急激に悪化した場合に、いつ、どこで、どのような医療や介護サービスを受けられるか理解できる

104

<連携と制度-26>

認知症疾患医療センター



25年度 報告書版 105

<連携と制度-27>

認知症初期集中支援チーム

複数の専門職が家族の訴え等により認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、アセスメント、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的（おおむね6ヶ月）に行い、自立生活のサポートを行うチーム

認知症初期集中支援チームのメンバー



配置場所 地域包括支援センター等
診療所、病院、認知症疾患医療センター
市町村の本庁

【対象者】
40歳以上で、在宅で生活しており、かつ認知症が疑われる人又は認知症の人で以下のいずれかの基準に該当する人

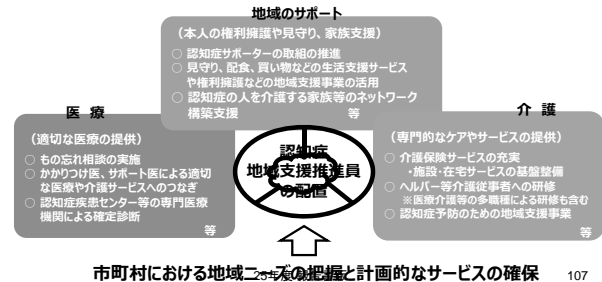
- ◆ 医療・介護サービスを受けていない人、または中断している人で以下のいずれかに該当する人
 - (ア) 認知症疾患の臨床診断を受けていない人
 - (イ) 継続的な医療サービスを受けていない人
 - (ウ) 適切な介護保険サービスに結び付いていない人
 - (エ) 診断されたが介護サービスが中断している人
- ◆ 医療・介護サービスを受けているが認知症の行動・心理症状が顕著なため、対応に苦慮している

106

<連携と制度-28>

認知症地域支援推進員

- 認知症の人ができる限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、
- 地域の実情に応じて医療機関、介護サービス事業所や地域の支援機関をつなぐ連携支援
 - 認知症の人やその家族を支援する相談業務等を行う



市町村における地域ニーズの把握と計画的なサービスの確保

107

<連携と制度-29>

若年性認知症の特徴と現状

- 全国における若年性認知症者数は 3.78万人と推計
- 18～64歳人口における人口10万人当たり若年認知症者数は47.6人
- 基礎疾患としては、脳血管性認知症39.8%、アルツハイマー病25.4%、頭部外傷後遺症7.7%、前頭側頭葉変性症3.7%、アルコール性認知症3.5%、レビー小体型認知症3.0%の順であった。

認知症高齢者との違い

- 発症年齢が若い
- 男性に多い
- 初発症状が認知症特有でなく、診断しにくい
- 異常であることには気が付くが、受診が遅れる
- 経済的な問題が大きい
- 主介護者が配偶者に集中する
- 本人や配偶者の親などの介護が重なり、時に複数介護となる。
- 家庭内での課題が多い（就労、子供の教育・結婚等）

<認知症高齢者の電話相談と比較した際の特徴>

- 若年性認知症及び若年認知症疑いの方からの相談では男性が多い（H24年度：39.1%）
※認知症高齢者からの相談では男性は 9.1%
- 本人からの相談が多い（H24年度：40.0%）
※認知症高齢者からの相談では本人からは 0.9%
- 社会資源や就労に関する情報提供や経済的な問題に関する相談が多い

※認知症高齢者の電話相談における割合は：「日本認知症ケア学会誌 2010」を引用

25年度 報告書版 108

若年性認知症の人への支援(制度)

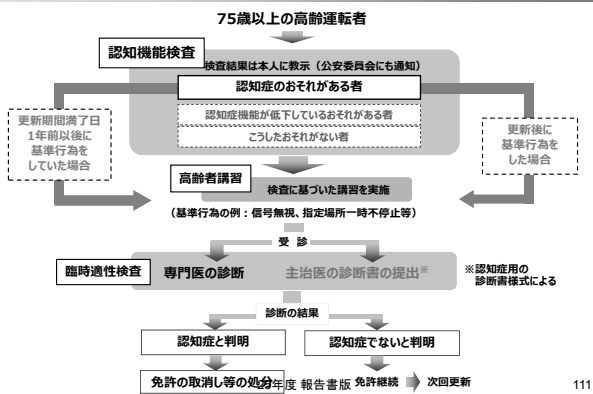
- 精神通院医療費の助成（自立支援医療）
- 精神障害者保健福祉手帳／身体障害者手帳
 - ・税制上の優遇措置の他、自治体により種々の助成制度
- 障害者雇用施策を活用した雇用継続等の支援
- 障害者自立支援法によるサービス・支援
 - ・就労支援サービスや外出支援サービス等がある
- 介護保険の在宅・施設サービス
 - ・第2号被保険者（40～64歳）の特定疾病に該当する
- 障害年金
 - ・年金加入者が一定の障害状態になった場合に支給
- 若年性認知症コールセンター
- 公益社団法人 認知症の人と家族の会（各都道府県支部等）

認知症の人と運転

警察庁が設置した有識者検討会が 免許制度を見直すべきだとの提言
 道路交通法一部改正（平成25年6月14日公布）
 「一定の病気等」に罹っているドライバー対策

- 病状の虚偽申告で罰則
- 一定の病気等に該当する者を診断した医師による任意の届出制度
- 免許再取得時の試験一部免除
- 交通事故情報データベースの一部拡充

75歳以上の運転者の免許証更新 手続等の流れ



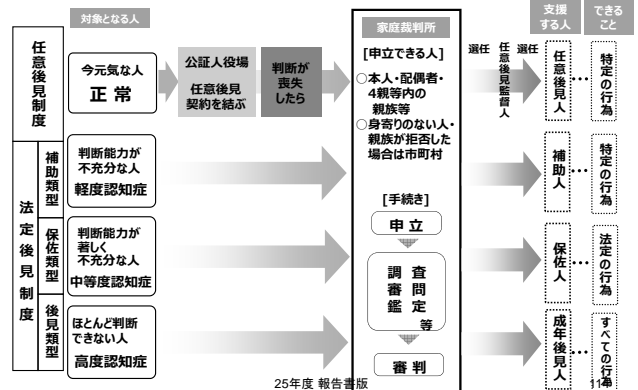
75歳以上の運転者の免許証更新 診断書作成

認知症と成年後見制度

高齢者：平成12年より介護保険制度導入
 障害者：平成15年度より支援費制度導入
 平成18年度から 障害者自立支援法へ
 平成25年度から 障害者総合支援法へ

- 「措置」から「契約」へと制度を転換
- ・高齢者、障害者が自らの意思でサービスを選択し、契約に基づき介護・福祉サービスを利用する仕組みを導入
 - ・認知症等の障害により判断能力が不十分な者が行う契約という法律行為を支援する仕組みが不可欠となる
- 高齢者・障害者等の尊厳の保持
- ・判断能力が不十分な認知症の人の尊厳の保持のためにも、必要に応じて本人の意思を代弁する仕組みが不可欠
 - ・高齢者虐待への対応、消費者被害等の未然防止にも有効

成年後見制度の仕組み



<連携と制度-36>

日常生活自立支援事業

- 福祉サービスの利用援助
 - ・福祉サービスについての情報の提供
 - ・福祉サービスの利用手続き、支払い代行、苦情手続き代行
- 日常的な金銭管理サービス
 - ・年金や福祉手当の手続きの代行
 - ・税金、社会保険料、公共料金、医療費、家賃などの支払代行
- 書類等の預かりサービス
 - ・金融機関の貸し金庫にて、以下の書類を保管
証書（年金証書、預貯金の通帳、権利証、保険証書）
印鑑（実印、銀行印）

25年度 報告書版

115

<連携と制度-37>

高齢者虐待の現状

- 被虐待高齢者のうち、要介護認定を受けている者が68.0%であり、さらにそのうち、認知症の日常生活自立度がⅡ以上（見守りや援助が必要）の人が69.6%であった。
- 虐待者の続柄は、息子 41.6%、夫 18.3%、娘 16.1%、息子の配偶者 5.9% の順であった。
- 虐待の種別・類型（複数回答）では、身体的虐待 65.0% が最も多く、次いで心理的虐待 40.4%、経済的虐待 23.5%、介護等の放棄 23.4% の順に多い。
- 高齢者の権利擁護、介護者（養護者）の支援に向けて、早期発見・見守り機能に加え、相談・介護支援を中心とした一次的な虐待対応機能、専門的な虐待対応機能など、地域の重層的な仕組みが必要

厚生労働省：「平成24年度 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果」より
25年度 報告書版 116

<連携と制度-38>

高齢者虐待防止におけるかかりつけ医の役割

- 高齢者虐待の早期発見及び虐待防止の施策への協力
- 虐待を受けたと思われる高齢者を発見し、**の生命又は身体に重大な危機が生じている場合は、速やかに市区町村・地域包括支援センターに通報する義務**
（“生命・身体への重大な危機”以外の場合は努力義務）

・受診の機会が多く「虐待の可能性」に気づききっかけとなる場合がある
 ・身体的虐待が疑われる場合は、生命や身体の危険性や緊急性を、医学的見地から判断することが必要な場合もある
 ・虐待者の中には、行政・福祉関係者の意見は全く聞かないにも関わらず、医師の指示には従う事例も一部報告されている

▶ **虐待の早期発見・未然防止における かかりつけ医の役割は極めて重要**

認知症を含め高齢者虐待への理解を深めることが必要

117

<連携と制度-39>

認知症サポーター

[目的]

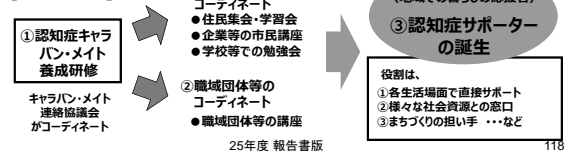
認知症を理解し、地域の中で認知症の人や家族をできる範囲内で見守り支援する人(サポーター)を育成し、地域のさまざまな生活場面において実践する



[展開方法]

- ① 認知症キャラバン・メイト養成研修を受けた者が、
- ② 地域や職域、学校などに出向き、認知症に関するミニ学習会を開催、
- ③ 地域の「認知症サポーター」を育成

[展開イメージ]



25年度 報告書版

118

<連携と制度-40>

地域啓発のポイント

- 認知症は脳の器質的な疾患によって起こる
- 早期発見・早期対応によって、可逆性の疾患の治療ができたり、またアルツハイマー型認知症等の治療が望めない疾患であっても、本人の症状（特に行動・心理症状(BPSD)）を緩和し、本人の苦痛や家族の介護負担を軽減することが期待できる
- 認知症の人が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、本人と介護者を地域全体で支えていく必要がある

25年度 報告書版

119

ii 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修

病院勤務の医療従事者向け
認知症対応力向上研修

1. 目的 編
2. 対応力 編
3. 連携 編

平成25年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
かかりつけ医および一般病院医療従事者の認知症対応力向上研修に関する研究事業 編

25年度 報告書版

1

1. 「目的」編（10分）

2. 「対応力」編（60分）

3. 「連携」編（20分）

25年度 報告書版

2

目的-1

現状と課題
(研修の背景)

病院における、医療従事者の認知症への知識及び対応能力は十分とはいいがたく、しばしば入院した認知症の人の行動・心理症状(BPSD)やコミュニケーションの困難さによる戸惑いや混乱、看護・介護負担の増加がみられる。

そのため、認知症を理由とする入院拒否等によって手術や処置などの必要な医療を受けることができなかつたり、時には不適切な身体拘束や安易な薬物的鎮静がなされることがある。

これらの中には、認知症に対する理解や基本的知識、具体的な対応方法が習得されることで避けられるものも多いとされる。

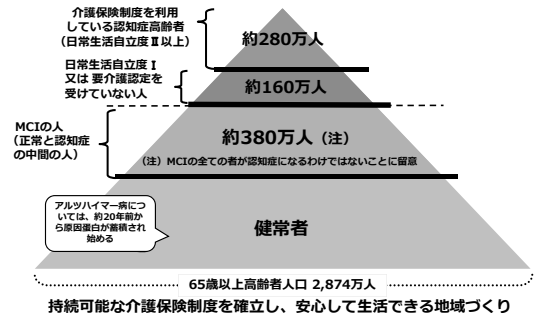
25年度 報告書版

3

目的-2

認知症高齢者の現状

- 満65歳以上の高齢者について、認知症有病率推定値15%、認知症有病者数約439万人と推計。
- MCIの有病率推定値13%、MCI有病者数約380万人と推計。
- ※MCI=正常でもない、認知症でもない(正常と認知症の中間)状態の者



出典：「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」(H25.5報告)及び「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数について」(H24.8公表)を引用

4

目的-3

急性期病院における認知症の治療・ケアの課題
コンサルテーション精神科医によるフォーカスグループの結果より

1. 認知症と気づかれていない
2. せん妄の合併
せん妄は身体疾患による影響が重なり、身体治療のできない精神科病院の受け入れは困難（院内コンサルテーションに対応するしかない）
3. 院内の連携の悪さ（コンサルテーションに出ない）
4. せん妄を含め、スタッフの知識・技能・経験の不足
 - ① 不適切な対応が症状の増悪を招く（身体抑制など）
 - ② 在院日数の延長
 - ③ 無理な退院と再入院
 - ④ 家族に過度の負担を強いる（24時間の付添を要請）
5. 認知症患者の身体アセスメントの問題（見逃されている）
6. 退院調整に時間を要する

認知症と身体治療と両方可な施設はきわめて少ない
25年度 報告書版
(平成25年度第2回「認知症の人の精神科入院医療と在宅支援のあり方に関する研究会」参考資料を改変)

5

目的-4

研修の目的

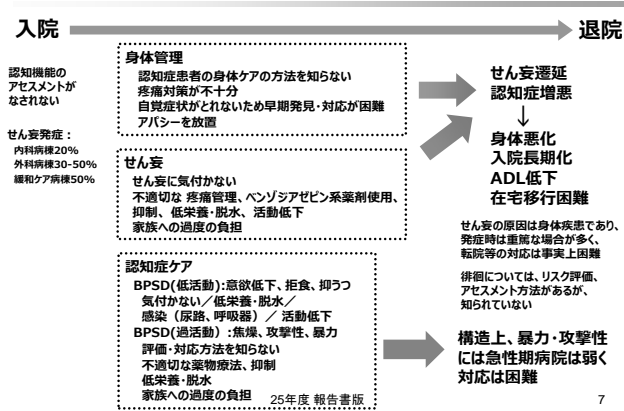
- 認知症やその鑑別として挙げられる、せん妄の症状に気づくことができる
- BPSDの悪化やせん妄をきたす身体症状や環境要因につき、適切にアセスメントが行える
- コンサルテーションを含め、認知症の人に適切な対応を行うことができる
- それらを通じ、認知症の人が分け隔て無く受け入れられ、必要な医療および適切なケアを受けることができる体制を構築する

25年度 報告書版

6

目的-5

入院中のケアの問題



目的-6

身体拘束にあたる項目

- 徘徊しないように、車いすややす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る
- 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む
- 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る
- 点滴、経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける
- 車いすややすからずり落ちたり、立ち上がったりしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける
- 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する
- 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる
- 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る
- 行動を落ち着かせるために、向精神薬を過剰に服用させる
- 自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する

25年度 報告書版 厚生労働省「身体拘束ゼロへの手引き」より 8

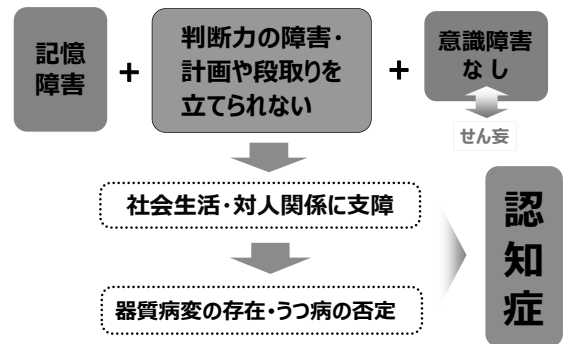
1. 「目的」編 (10分)
2. 「対応力」編 (60分)
3. 「連携」編 (20分)

25年度 報告書版

9

対応力-1

認知症の診断基準 (DSM)



American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed text revision (DSM-IV-TR)

対応力-2

海外での調査

認知症は一般的か

- イギリスにおいても、正確な診断を受けている認知症患者は半数以下。しかも診断を受けるのは、しばしば急性期病院に入院してから
- 入院しても正確な診断を受けられるのは37-46%に限られている

(Harvey et al 1997; Joray, Am J Geriatr Psy 2004)

対応力-3

認知症入院患者の比率 (海外)

- 急性期一般病棟: 9.1-50.4% (Hickey 1997, Feldman 1987)
- 老年病棟: 63-79.8% (Torian 1992, Adamins 2006)
- 大腿骨頸部骨折の手術目的の入院: 31-88% (Homes 2000)

【認知症患者の入院理由】

- 誤嚥性肺炎、膀胱炎、尿路感染症、転倒、敗血症、大腿骨頸部骨折が多かった (Zhao 2008)
- 肺炎、胃腸炎、尿路感染症は ambulatory care sensitive condition と呼ばれ、予防や早期発見に努めることで、アルツハイマー病患者の緊急入院を予防することができると言われ、nursing homeの quality indicatorである

25年度 報告書版

12

対応力-4

認知症の人の入院加療・退院をスムーズに進めるための4つの視点

認知症の人は、一般の人以上に、身体的、環境的、心理・社会的な要因による影響を受けやすい特徴がある

そのために、以下の4点の理解が重要

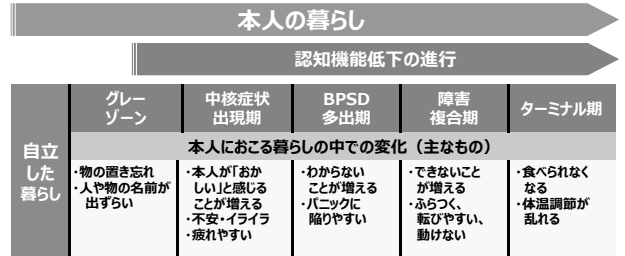
- ① 認知症の人がたどる経過と入院
- ② 認知症の人の全人的理解
- ③ 入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因
- ④ 本人が体験していること

25年度 報告書版

13

対応力-5

認知症の人がたどる経過と入院



どの時期、段階（ステージ）での入院なのか、認知症によっておきている本人の暮らしの変化や有する力に配慮・留意した対応が必要となる

25年度 報告書版

14

参考：永田久美子監修・著：認知症の人の地域包括ケア、日本看護協会出版会、P12-13、2006

対応力-6

急性期医療に求められる認知症ケア

- 認知症評価尺度および個別の観察、家族の情報を統合して観察する
- 急な環境変化は認知症に悪影響を与えるため、予測した対応が重要である
- 認知症の人は自覚症状の伝達が困難となるため、治療疾患の知識に基づく観察が重要である
- 入院や治療に伴う苦痛やつらさは、不穏や攻撃などの多彩なBPSDとして現れる
- ストレス原となる合併症、苦痛、拘束、ルート類などを最小限にして予防することが重要である

25年度 報告書版

15

対応力-7

身体合併症の回復過程に応じた認知症ケアの視点

急性期 から 病状安定期	<ul style="list-style-type: none"> ・ 異常の早期発見、全身状態の観察、苦痛の緩和、安全管理 ・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ・ BPSDの予防・緩和 ・ 二次的障害の予防、早期リハビリテーション
回復期 から 在宅に向けて	<ul style="list-style-type: none"> ・ ADL拡大への援助、日常生活の再構築 ・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ・ BPSDの予防・緩和 ・ 退院指導
慢性期 および 在宅	<ul style="list-style-type: none"> ・ 機能維持や体力増進、心理面での安寧 ・ 自分なりの方法でADLを遂行 ・ 社会生活を継続していくための援助 ・ 認知機能を補完しながらもてる力を支援 ・ BPSDの予防・緩和 ・ 廃用症候群には、褥瘡の予防と処置、関節拘縮の予防

25年度 報告書版

16

対応力-8

アセスメントの目的

- 1) 多面的、包括的に情報収集し、認知症の人を全人的に理解するため
- 2) 治療可能な健康上の問題の把握するため
- 3) 認知症の人がもっている能力を発揮した入院生活が送れるように支援するため
- 4) 認知症の人・家族にとって最も重要なことに焦点をあて、具体的なケア計画を考案するため

25年度 報告書版

17

対応力-9

アセスメントの留意点

- 1) 軽微な表情や言動の変化、検査データの推移から身体状況を慎重にアセスメントする
- 2) 認知症の人の生活歴、経時的変化に注目し、時間軸をもつ（入院前と現在の状態）
- 3) 認知症の人の言葉と行為・行動の意味を深く掘り下げる
- 4) チーム内で認知症の人のアセスメントに関して繰り返し話し合う

25年度 報告書版

18

対応力-10

認知機能

- 認知機能障害
 - 加齢とともに増加
 - 身体機能低下、死亡率上昇と関連（一般高齢者）
(Wolfson, NEJM 2001)
- 見逃されやすい
高齢者病棟入院がん患者の27%に“Blessed Test”で認知機能低下を認めたと、そのうちの36%には認知症やせん妄などの記載、アセスメントがなされていなかった
(Flood, J Clin Oncol 2006)

25年度 報告書版

19

対応力-11

家族が最初に気づいた日常生活の変化

(n:123)

- 同じことを何度も言ったり聞いたりする
- 財布を盗まれたと言う
- だらしくなった
- いつも降りる駅なのに乗り過ごした
- 夜中に急に起き出して騒いだ
- 置き忘れやしまい忘れが目立つ
- 計算の間違いが多くなった
- 物の名前が出てこなくなった
- ささいなことで怒りっぽくなった

東京都福祉局「高齢者の生活課題及び健康に関する調査・専門調査報告書」1995

対応力-12

加齢に伴うもの忘れと認知症のもの忘れ

加齢に伴うもの忘れ	認知症のもの忘れ
体験の一部分を忘れる	全体を忘れる
記憶障害のみがみられる	記憶障害に加えて判断の障害や実行機能障害がある
もの忘れを自覚している	もの忘れの自覚に乏しい
探し物も努力して見つけようとする	探し物も誰かが盗ったことがある
見当識障害はみられない	見当識障害がみられる
取り繕いはみられない	しばしば取り繕いがみられる
日常生活に支障はない	日常生活に支障をきたす
きわめて徐々にしか進行しない	進行性である

東京都高齢者施策推進室「痴呆が疑われる高齢者の認知機能低下の診断と対応」1999より引用改変

対応力-13

中核症状のアセスメント

- 記憶障害
予め家族から情報を聴き、本人に質問
- 見当識障害
年月日など本人に質問
- 判断・実行機能障害
家族からの情報と本人への質問
- 失語・失行・失認
神経学的診察、あるいは家族からの情報

25年度 報告書版

22

対応力-14

記憶障害のアセスメント

- 最近の記憶
- ・食事の内容
 - ・受診の交通手段、目的
 - ・家族との外出など

- 昔の記憶
- ・生年月日
 - ・出生地
 - ・学校時代の話など

について予め介護者から問診票などで情報を得てから、本人と面接する

25年度 報告書版

23

対応力-15

見当識障害のアセスメント

- 今日の年月日、曜日、午前・午後
- 自宅の住所
- 今いる場所の認識
- 家族の認識

25年度 報告書版

24

判断・実行機能障害のアセスメント

(家族からの情報)

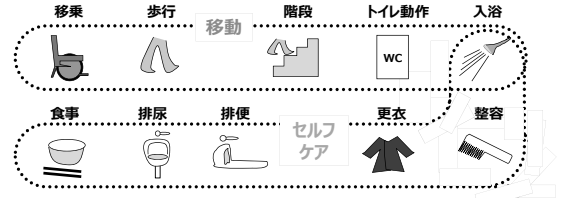
- ・気候にあった服を着ているか
- ・適切に着替えをしているか
- ・雨天時に傘をもっていか
- ・料理の味付けはどうか
- ・いつも同じ料理ばかりではないか

(本人への質問)

- ・火事に出会ったらどうするか
- ・道で、宛名が書いてあり、切手は貼ってあり、封もしてある手紙を拾ったらどうするか

ADLのアセスメント

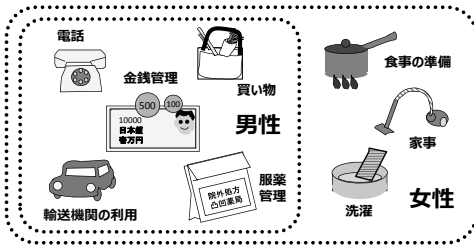
Barthel Index



- Physical Self-Maintenance Scale (PSMS)
- N式老年者用日常生活動作能力評価尺度
- 認知症のための障害評価尺度 (DAD) (Disability Assessment for Dementia)
- ADCS-ADL (Alzheimer's Disease Cooperative Study-ADL)

IADLのアセスメント

IADL (Lawton) = 独居機能の評価



- 認知症のための障害評価尺度 (Disability Assessment for Dementia : DAD)

コミュニケーション

【コミュニケーションに関する特徴から】

- ① 病状の進行、さまざまな身体・心理状態の変化等によって、コミュニケーションレベルは影響される
- ② 非言語的コミュニケーションが多くを占める
- ③ 視覚・聴覚など、さまざまな加齢変化もある

【具体的に工夫する】

- i) 表情や声の抑揚、行動、歩き方、身体反応などに現れる意思を把握する。
- ii) 空間や自然、時間などを含む 環境すべてが コミュニケーション であると考える。

認知症の人の全人的理解 (本人の有する力や生活習慣、意向に目を向ける)

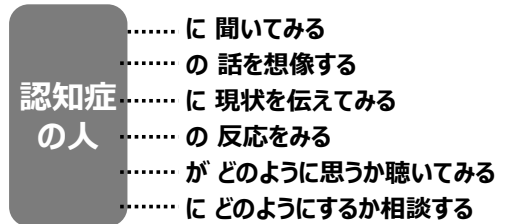
表面的な状態だけで本人を判断したり対応しない

- 本人が持っている力やこれまでの生活習慣を知り、本人の意向を把握
- それらを理解した対応により、認知症がある人も安定した入院生活が可能
- 入院時の適切な理解と対応が、その後の経過や生活に大きく影響
- スムーズな入退院には、家族や入院前後の医療職・介護職との情報共有が必要不可欠

認知症の人に対する対応の基本①

認知症の人には 意思も・経験も ある

認知症の人の見ている世界を理解する



認知症の人に対する対応の基本②

- ① その人らしく存在していただけることを支援
- ② “分からない人”とせず、自己決定を尊重
- ③ 生活歴を知り、生活の継続性を保つケア環境
- ④ 心身に加え社会的な状態など全体的に捉えたケア
- ⑤ 家族やケアスタッフの心身状態にも配慮
- ⑥ 退院・社会復帰を視野に入れたケア
- ⑦ 最期の時までを視野においたケア

認知症の人に対する対応の基本③

認知症の人の行動は援助者の鏡

援助者のイライラした気持ちは、
認知症の人のイライラした気持ちをよぶ

病棟において重要なケアの視点

- ① 身体疾患で入院した場合、周囲の人への適切な説明、認知症の人のペースの保持などに配慮する
- ② 病院は治療優先の場であるため、認知症の人にとって馴染みにくい場である
- ③ 状態変化や生活環境の変化は、認知症の症状の悪化、BPSDの発生や悪化につながりやすい（せん妄症状を起こしてくることも多い）
- ④ 身体拘束は、BPSDの発生や悪化の要因にもなる

認知症に対する理解が十分とは言えないケアが、
BPSDを悪化させる可能性もある

入院の際に留意する3つのポイント

- ① 失見当に基づく入院後の不安やパニック、帰宅願望を予測して環境を整備する
- ② 視覚的メッセージ、スタッフの一致した繰り返しの説明で治療的規制の理解を助ける
- ③ 的確な知識と頻回の訪室による観察で、合併症の早期発見とストレスの軽減を図る

入院後の不安やパニックを予測した環境整備

認知症の人は、入院などの急激な環境変化に
適応するまでに不穏や混乱を起こし、
帰宅願望を強く訴えることが多い

- できるだけ観察、訪室しやすい距離の部屋にする
- 見える位置に病院名や病名を貼る
- カレンダー、時計をベッドから見える位置に設置する
- 食事と寝る場所の安心を与える
- 入院当日は、夕方まで家族に留まってもらうように協力を得る
- 好きな音楽、家族の写真の持参を家族に依頼する

治療的規制の理解を助ける

認知症の人は「治療内容が理解できない」と
考えるのではなく、障害された認知力に
見合った情報提供の方法と時間を考える

- 認知症の人がいつも同じ情報を目にし、看護師からいつも同じ説明を聞くことで、認知症の人の状況認知を助ける（治療内容についての説明用紙を目に届く場所に大きく掲示）
- 認知症の人の理解度、認知度に合わせた説明方法を探る
- 説明した後、どれくらいの時間で忘れるのかを把握し、根気よく同じメッセージを繰り返す

合併症の早期発見とストレスの軽減を図る

認知症の人は訴えが少ない、あるいは多様であることから、何が起きているのかを判断することが難しくなる

- 身体的な観察とともに頻繁な訪室による声かけやその反応、経時的な表情や訴えの変化、睡眠状態、落ち着きのなさや興奮などの観察が重要である
- 看護師の訪室は認知症の人の不安を軽減させ、ストレスを軽減させる重要なケアとなる

入院の際に留意が必要な認知症の症状と要因・誘因



要因・誘因 (主なもの)	
身体的要因	基礎疾患、血圧の変動、便秘、下痢、疼痛、掻痒感、冷え、発熱、水分・電解質の異常、薬の副作用等
環境的要因	なじんだ住環境からの入院、転室、転棟、転院、退院などによる環境変化、本人にとっての不適切な環境刺激（音、光、風、暗がり、広すぎる空間、閉鎖的な空間、心地よい五感刺激の不足など）
心理・社会的要因	不安、孤独、過度のストレス、医療従事者の口調が早い・強い、分かりにくい説明、自分の話を聞いてくれる人がいない、何もすることがない暮らし、戸外に出られない暮らし 25年度 報告書版

参考：永田久美子：11認知症高齢者の理解とケアの資源、正木治恵監修：改訂版老年看護学、日本放送出版協会 P196、2011

認知症の事例

A氏 80歳 男性 アルツハイマー型認知症 (Functional Assessment Staging : stage6)
A氏は肺炎を発症し、その治療のために呼吸器科病棟に入院した。肺炎は治癒したものの、1週間にわたるベッド上での安静臥床により歩行が困難となり、排泄はトイレからオムツを使用するようになった。その日は排便が3日間なかったため、朝食後に下剤を服用していた。A氏は13時頃から肩間にしわを寄せ、ベッドの上に座ったり寝たりを繰り返した。夕食前に看護師が訪室すると、A氏はオムツをはずしており、手指や寝具類・カーテンには便が付着していた。

本人が体験していること

相手のことや話しを理解する力、憶えておく力が低下しています。ふだん通りの説明では、本人に伝わりにくく、不安や混乱を引き起こす場合があります。

行動・心理症状 (BPSD)

BPSDには

- ① 必ず何らかの意味があり、
- ② その人からのメッセージとして聴くことが重要

【要因】

中核症状のさまざまな身体症状、孤立・不安、不適切な環境・ケア、睡眠や生活リズムの乱れ など

【対応】

- ① 置かれている環境や健康状態・心理状態を考えて対応、必要であれば身体状態への医学的対応も (薬物の調整が必要な場合もある)
- ② 個々の生活歴が参考となり、対応の工夫に

BPSDへの対応

- 身体疾患の有無のチェックと治療 (脳血管障害、感染症、脱水、便秘など)
- 薬物の副作用や急激な中断のチェック
- 不適切な環境やケアのチェックと改善 (騒音、不適切なケアなど)
- 介護サービスの利用

改善がみられない場合等
専門医へのコンサルト

せん妄の事例（過活動型）

- 70歳、女性、アルツハイマー型認知症
- 出血性潰瘍があり入院する。当日、緊急手術を行い術後5日目である。
- 前夜より不眠の傾向があり、ベッドから降りようとする行為がある。説明しても降りようとする行為は繰り返された。明け方になり眠り始めた。

せん妄の事例（低活動型）

- 81歳、女性、軽度のアルツハイマー型認知症
- 急性胃腸炎・脱水で入院する。ベンゾジアゼピン系睡眠薬を投与。
- 胃腸炎改善後も食事摂取が進まず、治療意欲もなく、悲観的な発言あり。

対応の違いでみる せん妄と認知症

認知症と間違えられやすい症状に **せん妄** がある

⇒ 身体疾患と薬物に起因するものが多く、治療することによって症状改善が図れる

【症状の特徴】

- ・意識障害がある
- ・起始が明確である
- ・夜間に増悪することが多い

【留意点】

- ・せん妄を疑ってアセスメントする
- ・身体状態、病歴や投与されている薬剤などに注意を向けることが重要

せん妄の問題

- 危険行動による事故・自殺
- 早期対応が困難・重症化
- 意思決定ができない
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化

せん妄は見落とされる

看護師の評価	患者 2,721名	
	せん妄あり 239名	せん妄なし 2,482名
せん妄あり	19%	4%
せん妄なし	81%	96%

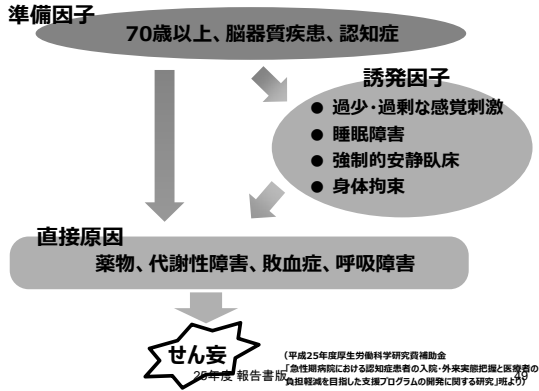
経験に基づく評価では、
看護師はせん妄の70～80%を見落としている

せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発 症	急激	緩徐
日内変動	夜間や夕刻に悪化	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記憶力低下
持 続	数時間～1週間	永続的
知的能力	動揺性	変化あり
身体疾患	あることが多い	時にあり
環境の関与	関与することが多い	関与ない

対応力-40

せん妄の発症



対応力-41

せん妄の原因と影響を及ぼす主な薬剤

- アルコール、薬物または薬物中毒
- 感染症、特に肺炎と尿路感染症
- 脱水状態および代謝異常
- 感覚遮断
- 心理的ストレス

国際老年精神医学会
：プライマリケア医のためのBPSDガイド、アルタ出版、2005

主な薬剤

- 抗パーキンソン病薬
- 抗コリン薬
- 抗不安薬
- 抗うつ薬
- 循環器用薬
：シギタリス、βブロッカー、利尿薬
- H2受容体拮抗薬
- 抗癌薬
- ステロイド

25年度 報告書版

50

対応力-42

せん妄の予防・前駆症状

【発症因子の評価と対策】

- 1) 聴覚・視覚機能・移動能力低下の援助
：補聴器、眼鏡等の補助具、リハビリ
- 2) 栄養状態（脱水）の管理
- 3) 睡眠障害の是正、不安、抑うつへの緩和
- 4) 脳の画像検査、脳波検査の施行。血液生化学検査
- 5) 見当識障害の有無のチェック
- 6) 使用薬剤内容の検討：抗コリン作用薬、ベンゾジアゼピン(BZ)系の減量・中止

【前駆症状】

- 1) わずかな注意力の低下(計算間違い)、集中困難、記憶力低下、理解力低下
- 2) 見当識の障害
- 3) 睡眠の障害、悪夢
- 4) 落ち着きなさ、イライラしさ、怒りっぽさ

25年度 報告書版

51

対応力-43

アセスメントツール

質問形式

- 改訂版長谷川式簡易知能機能評価スケール
- Mini-Mental State Examination

観察形式

- Delirium Rating Scale (DRS)
- Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)
- Delirium Screening Tool (DST)

25年度 報告書版

52

対応力-44

DSTの紹介

Delirium Screening Tool (DST) : せん妄スクリーニング・ツール

「A : 意識・覚醒・環境認識のレベル」 : 7項目

「B : 認知の変化」 : 2項目

「C : 症状の変動」 : 2項目

の3系列・11下位項目から成る観察形式のアセスメント・ツール

各系列の下位項目が1つでも該当する場合、A → B → Cと進んでチェックし、最終系列Cで該当すれば、「せん妄の可能性あり」と評価される。

* このツールは、患者面接や病歴聴取、さらには家族情報などによって得られる全情報を用いて評価する。さらに、せん妄の症状は、1日のうちでも変動するため、DSTは、少なくとも24時間を振り返って評価する。

25年度 報告書版

53

対応力-45

術後のせん妄発症リスクの減少

身体的要因

- 表情・行動の観察から苦痛を評価する
(鎮痛剤使用後の観察は綿密に行う)
- 全身状態の安定を図る
- 固定ベルトなどの皮膚発赤や痒みなどを防ぐ

心理的要因

- 眼鏡や補聴器の使用を早めに勧め、失見当の悪化を防ぐ
- 家族の協力を得て、心理的不安の軽減に努める
- 夜間の混乱を予防するために、照明に配慮する
- 定期的に運動をして拘束間を軽減する

25年度 報告書版

54

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

	0	1	2
呼吸 (非発声時)	正常	随時の努力呼吸、短期間の過換気	雑音が多い努力性呼吸、長期の過換気、チーンストークス呼吸
ネガティブな発声	なし	随時のうめき声、ネガティブで批判的な内容の小声での話	繰り返す困らせる大声、大声でうめき、苦しむ、泣く
顔の表情	微笑んでいる、無表情	悲しい、怯えている、不機嫌な顔	顔面をゆがめている
ボディランゲージ	リラックスしている	緊張している、苦しむ、行ったり来たりする、そわそわする	剛直、握ったこぶし、引き上げた膝、引っ張る、押しのける、殴りかかる
慰めやすさ	慰める必要なし	声かけや接触で気をそらせる、安心する	慰めたり、気をそらしたり、安心させることができない

25年度 報告書版 55
(平原俊斗司：認知症の緩和ケア、緩和医療学,11 (2),P36,2009.)

ルート類の抜去に対する予防的対応

ルート類

- 目に触れないようにする（点滴台は頭部後方へ）
- 手が届かないようにする（尿道カテーテルは違和感が強く、健肢側にセットすると膝を曲げて手を届かせるため患側大腿面に這わせ、裾から出す。ドレーンは腹帯で覆う）
- 尿道カテーテル屈曲による尿意切迫感は苦痛であるため、屈曲の確認を怠らない
- 手術翌日の覚醒した時間、朝方に抜去ことが多いため、その時間に訪室し説明を繰り返す

25年度 報告書版 56

せん妄発症時の対応

- せん妄状態にあると、興奮して暴れる、転倒するなどの危険があるため、認知症の人の安全を確保することが先決になる
- 十分な観察を行うとともに、認知症の人のそばに寄り添い、認知症の人が不安を高めないような姿勢で接する
- せん妄の原因となる身体状況や治療状況、生活リズム、認知症の人を取り巻く環境を見直して改善していくことでせん妄状態の緩和につながる

25年度 報告書版 57

せん妄の治療・ケア

せん妄の直接的原因への対処（全身状態の安定）

- 水分・電解質、酸素化などの保持、基礎疾患の治療
- 直接的原因となる薬物の特定と減量・中止の検討

せん妄の間接的原因への対処（環境調整）

- 睡眠－覚醒パターンの改善
- 過剰な刺激や感覚遮断の改善
- 身体拘束や体動の制限の改善

薬物療法

- 専門医と相談し、鎮静目的で少量の抗精神病薬を投与する場合もある（第一選択として抗コリン作用のすくないハロペリドールが使用されることが多い）

25年度 報告書版 58

せん妄への対応（まとめ）

- 認知症の高齢者は、せん妄を起こす可能性が高い、せん妄の発症を念頭において関わる必要がある
- せん妄は早期発見、早期対応が必要
- チームで関わる場合は、スケールなどを使用し正確に評価を行うことが重要
- せん妄への対応はチームによる医療が不可欠であり、特に、院内の共通理解と連携が重要

25年度 報告書版 59

1. 「目的」編（10分）
2. 「対応力」編（60分）
3. 「連携」編（20分）

25年度 報告書版 60

認知症の人に適切でスムーズな医療・ケアを提供するために



- 認知症の人がスムーズに入院加療を受け、退院してもとの暮らしに戻れるようにするためには、本人の暮らしに関する情報を具体的に把握し、得た情報を治療、処置、療養の場面で活かすことが必要である。
- そのためには、家族や地域の医療・介護職との連携が重要である。

連携により期待される成果

- ① 入院加療を必要としている人が入院できる
- ② 本人が安心・安定して入院生活を送れる
- ③ 本人が必要とする医療をスムーズに受けられる
- ④ 入院中の心身機能の低下を防げる
- ⑤ スムーズに本人や家族の意向にそった退院ができる
- ⑥ 退院後も心身状態や暮らしの安定・維持が図れる

- 認知症医療・ケアの質の向上、職員の負担軽減
- 本人の状態が安定し、よりよい経過をたどれる
- 家族の不安・負担軽減、在宅生活の継続

病院と地域資源との連携

入院時	入院中	退院前後
1. 入院加療を必要としている人が入院できる 	2. 本人が安心・安定して入院生活を送れる 3. 本人が必要とする医療をスムーズに受けられる 4. 入院中の心身機能の低下を防げる 5. スムーズに本人や家族の意向にそった退院ができる	6. 退院後も心身状態・暮らしの安定と維持が図れる 
地域の連携相手（主なもの）		
【相談、バックアップ】 ・認知症疾患医療センター ・認知症サポート医 ・地域包括支援センター ・福祉事務所（障害者手帳、生活保護等） ・権利擁護・後見センター 【医療サービス】 ・医療機関 ＊認知症対応力向上研修を受講した医師 ・薬局・薬店（自宅訪問サービスもあり）等	【介護保険サービス】 ○居宅サービス ・居宅介護支援事業所 ・訪問看護/訪問リハ ・訪問介護 ・デイサービス ・通所リハ（デイケア） ・短期入所（ショートステイ） ・小規模多機能 等	○居住・施設サービス ・グループホーム ・介護老人保健施設 ・特別養護老人ホーム ・療養型医療施設 ・有料老人ホーム ・サービス付住宅 等

管理者の役割の重要性

認知症の人に、いつでも安心して入院できるようにするためには、

- 安心して療養できる環境を整え
 - 必要な職員の研修を実施し
 - 院外の関係機関と積極的な連携を行う など
- 病院管理者としての意識・取り組みが重要 となる。

認知症への対応ができることが、高齢者医療への対応力を高めることにつながる

入院治療の問題点（管理者の視点）

- 多剤併用による弊害、複合的な医原性の障害を高率に生じる (Zekry 2008, Fields 1986)
- 看護師が介助に要する時間が3時間増える (Erkinjuntti, 1988)
- 採血が増える (Sampson 2006)
- 抑制が増える (Morrison 2000)
- 支持緩和療法の適応を医師が考えない、緩和ケアチームへ紹介しない (Sampson 2006)
- 疼痛の放置 (McCarthy 1997, Morrison 2000)

治療のアウトカムに与える影響（管理者の視点）

- 機能低下の独立因子 (Covinsky 2003)
- おそらく2つのphaseがある。一つは急性期疾患によるもの、もう一つは入院後に機能を維持改善できないこと (Sands 2003)
- 機能低下は様々な影響を及ぼすが、最終的にはベッドで休んでいる時間が長くなり、活動が制限されることになる
- 軽度認知機能障害の時点でも入院期間が 4-23日 長くなる (Erkinjuntti, Lyketsos 2000, Fields 1986, Fulop 1998)
理由: nursing home や residential への移行に調整を要するから
医原性の障害と院内感染の増加
- 認知症患者は、認知症のない患者と比べて入院死亡率が高い (Fields, 1986)
- 認知症の重症度と比例 (Sampson 2009)

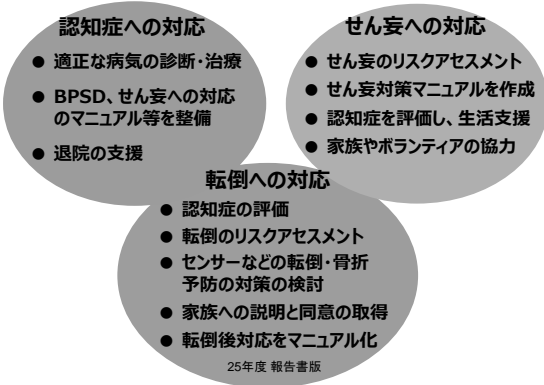
認知症の人を受け入れるにあたって

- 認知症の人を受け入れるにあたり、現状を評価する（スタッフの意識、院内資源、院外の連携資源）
- 定期的に全職員を対象とした研修を行う
- 可能な限り身体拘束などの不自由な環境をつくらないケアを考える
- 必要に応じて、職員の配置や増員、環境の整備も検討する
- 必要な医療行為や手術・処置を行える環境を整える（院内のコンサルテーション・専門職への相談体制の仕組み）
- 認知症に関してリスクマネジメントを行う
- BPSDやコミュニケーションの困難さを理由に、認知症の人とその家族を差別しない

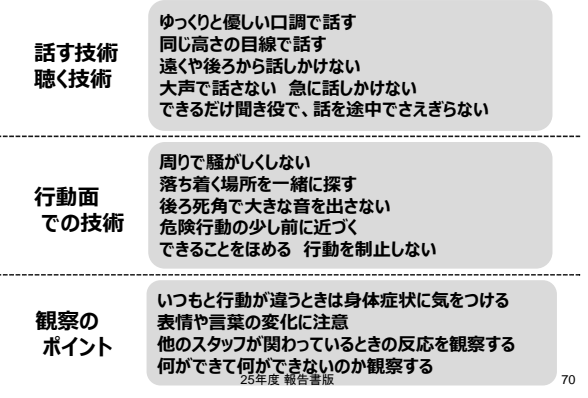
管理者として行ってほしいこと

- 原則として、認知症を理由に入院を断らない
- 認知症の人の手術・処置についてトリアージを行う
- 症状に応じた適切な医療機関、また、地域の関係機関（地域包括支援センター等）との連携体制をつくる
- 医師・看護師等の多職種研修の実施、および、認知看護認定看護師等の研修受講を支援する
- 認知症医療、高齢者医療、老年看護研修等を取り入れる
- 居室や院内設備等の環境の整備を行う

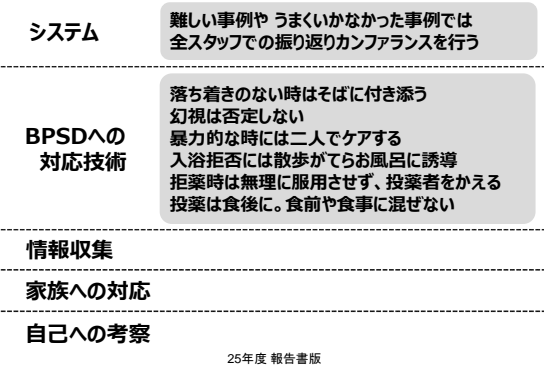
認知症・せん妄・転倒への対応



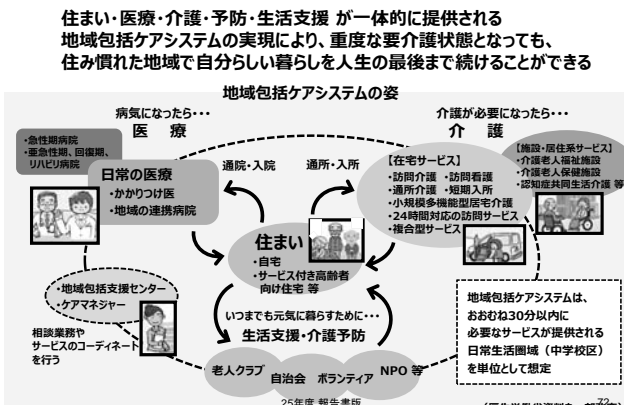
準備したい具体的な対応マニュアル①



準備したい具体的な対応マニュアル②



地域包括ケアシステムの全体像



【参考資料】

● 演習の目的・意義

- サンプル事例 ① 独居の退院支援
 - ② 術後せん妄
 - ③ BPSD

演習については、実施要綱の標準カリキュラムには含まれていませんが、都道府県等での研修実施の際に、各地域の事例を用いてグループワーク等を行うことを妨げるものではありません。以降のサンプル事例は、適当な事例がない場合、また、事例の選定にあたっての参考としてください。

25年度 報告書版

73

演習の目的・意義

- 認知症の困難事例やせん妄の事例を通して、チームで解決する方法を考える場とする
- さまざまなBPSDに対して、薬物療法だけでなく、ケアや対応、非薬物療法を検討する場とする
- 演習を通じ、病院での認知症の課題をチームで解決することを学ぶ場とする

25年度 報告書版

74

サンプル事例①：独居の認知症の人への退院支援

- 80歳女性、独居のアルツハイマー型認知症の人
- 1年ほど前から物忘れがあり、糖尿病と高血圧症もあり、外来受診していた。MRIで海馬の委縮があり、脳SEPCTで後部帯状回の血流低下を認めた。MMSE23点。
- 今回は高血糖のため入院した。定期的な内服とインスリンの注射をしていたが、入院前に時々インスリンの注射をしたことを忘れてしまうようになっていた。要支援2で1週間後に退院することになりました。

Question:

退院前カンファレンスでは、どんな議論をすることになりますか？

25年度 報告書版

75

サンプル事例①：解説

課題抽出： 認知症、糖尿病等の身体疾患の合併、インスリン注射

- 議論
- 介護保険制度の利用、デイケア、ショートステイの利用
 - 心理的ストレス（不安）の解消
 - 服薬確認、インスリン注射は内薬に変更、老健利用も検討
 - 定期的血糖検査

論点整理： 退院支援チームや連携室に相談
多職種連携によって、問題解決を図る
ケアマネジャー、家族ともに退院カンファレンスの開催
介護サービスの利用
家族のサポート
インスリン注射が可能な施設利用

まとめ： 本事例から、認知症の人の退院支援の方法を学び、チームでの対応を経験し、慣れることが重要である

25年度 報告書版

76

サンプル事例②：術後せん妄のあるケースへの対応

- 76歳女性、2年前にアルツハイマー型認知症の診断を受け、抗認知症薬を内服している。長男と二人暮らしで入院歴なし。
- 今回、自宅の玄関前で転倒、右大腿骨頸部骨折で緊急入院となった。入院翌日、静脈麻酔と脊椎麻酔を併用し、骨接合術が行われた。
- 術後は、末梢点滴ルート、膀胱留置カテーテル、酸素マスク、創部ドレーン挿入、酸素マスク、外転枕を装着した。帰室時、体温36.1℃、血圧122/68mmHg、脈拍88回/分、動脈血酸素飽和度99%であった。
- 帰室後から腰痛を訴え表情も硬いため、ボルタレン坐薬25mgを使用した。

25年度 報告書版

77

サンプル事例②：術後せん妄（続き）

- その後とうとうしていたが、夜中に起き上がり、「米を研がないといけないから、こんな所で寝てられないわ」とベッドから降りようとする。
- 看護師は「家で転んで骨折して手術したんですよ。安静にしないと」と説明した。そしてステーション近くの部屋に移動させ、頻回に訪室して見守った。
- その後、起き上がる様子はなかったが、カテーテル類をいじったり、体動が激しく何度も外転枕の位置を直さなければならなかった。
- 朝5時に訪室すると、壁を指して、「子どもがいる」、「ほらほら、霧がかかってきたよ」と意味不明なことを言い出した。

Question:

院内チームカンファレンスでは、どのような議論をすることになりますか？

25年度 報告書版

78

サンプル事例②：解説

課題抽出： 認知症、手術、麻酔、術後循環代謝異常、発熱等

- 入院による環境の変化
- ICU、CCUなどにおける過剰刺激
- 睡眠妨害要因（騒音、不適切な照明等）
- 心理的ストレス（不安）
- 身体的ストレス（痛み、かゆみ、頻尿等）
- 感覚遮断（眼科手術後等）
- 拘禁状況

議論： 多職種連携によって、問題解決を図る

論点整理： 環境調整（照明、部屋替えなど）、心理的サポート、コミュニケーション、家族のサポート、薬物対応（リスパダール液、セレネース筋注、短時間作用型睡眠剤等）

まとめ： 本事例から、認知症の人の術後せん妄とその対応について、チームで対応を経験し、慣れることが重要である

25年度 報告書版

79

サンプル事例③：病院におけるBPSDがある方への対応

- 80歳男性、高度のアルツハイマー型認知症と診断され、外来に定期的に受診されていたが、食欲不振と発熱、意識レベルの低下を主訴に救急を受診され、脱水症、肺炎の疑いにて午前中に一般病棟へ緊急入院。
- ドネペジル5mgを内服しており、普段から易興奮、怒りっぽい、徘徊するなどの症状があった。
- 入院し、点滴、抗生剤を開始したところ、徐々に意識レベルは改善したが、発熱は続いていた。夕方となり、点滴ルートを抜去し、興奮ぎみでベッドから起きだし、家へ帰ろうとしている。

Question:

このようなケースへの対応として、どんなことが考えられますか？

25年度 報告書版

80

サンプル事例③：解説

課題抽出： 高度のAD、内服の評価、身体合併症とBPSDの存在、緊急入院、職員の対応、病院の環境、家族評価

議論： BPSDの評価と対応

個別ケア（パーソンセンターケア）と環境調整

家族への協力依頼

薬物療法等

身体拘束の必要性の判断、転院の必要性と可能性

論点整理： 一般病院への認知症の人の入院対応の困難性

精神科病院、認知症疾患医療センター等との連携

まとめ： 多職種が連携して、適切な対応を検討する

25年度 報告書版

81

かかりつけ医および一般病院の医療従事者の
認知症対応力向上研修に関する研究事業

平成 26 年 3 月

禁無断転載

株式会社ニッセイ基礎研究所

〒102-0073 東京都千代田区九段北 4-1-7

TEL 03-3512-1811 FAX 03-5211-1084

E-mail abe@nli-research.co.jp (担当:阿部)